様式第4号（第5条関係）

介護保険福祉用具購入費受領委任払支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | | | |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  | |  | | | |  | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | 性　別 | | | | | | | | | 男　・　女 | | | | | | |
| 被保険者住所 | 〒  　　　　　　電話番号（　　　　）　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  （種目名及び商品名） | | | 製造事業者名 | | | | | | | 購入金額 | | | | | | | | | | | | | 購　入　日 | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | 平成　　年　　月　　日 | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | 平成　　年　　月　　日 | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | 平成　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 登録事業者住所 | 〒  　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 登録事業者名称 |  | | | | | | | | | | | | 登録番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 福祉用具購入費用 | 給付対象額 | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | 委任払額 | | | | | | | | |
| 円 | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | |
| 浜田地区広域行政組合管理者　様    　上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。  　また、この申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領については、次の者に  委任します。  　　　　　年　　月　　日  　　申請者　　住　所  　（委任者）　氏　名　　　　　　　　　　　　　印　　電話番号（　　　）　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 登録事業者　住　　所  　（受任者）　事業所名  　　　　　　　代表者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

添付書類　・購入した福祉用具のパンフレット等

・領収書の写し（支払いの内訳を明記してあること）