

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任）

フリガナ				申請年月日	令和	年	月	日
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		
住所	〒 電話番号 ()							
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名			購入金額	購入日			
	-----			円	年 月 日			
	-----			円	年 月 日			
	-----			円	年 月 日			
福祉用具が 必要な理由								
<p>遠軽町長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 なお、下記の事業者に当該保険給付費の受領を委任し、当該申請に係る支給決定通知書の写しを通知する事に同意します。また、事業者との間で異議等が生じた場合は、双方で責任を持って解決します。</p> <p style="text-align: center;">住 所： _____</p> <p style="text-align: center;">申請者 電話番号： ()</p> <p style="text-align: center;">氏 名： _____ ㊞ (続柄： _____)</p> <p>上記委任を受諾しましたので、居宅介護（予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。</p>								
事業者	〒 電話番号： ()							
	住所 名称 (事業者番号：)							
	代表者名 ㊞							
口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所		種目	口座番号			
	金融機関コード	店舗コード		1 普通預金 2 当座預金 9 その他				
	フリガナ	-----						
	口座名義人							
介護支援専門員 確認欄	居宅介護支援事業所名： _____							
	担当介護支援専門員氏名： _____ ㊞							

注意 ・申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号の記入は不要です。
 ・この申請書の裏面に、委任払前の購入費が確認できる納品書等、保険給付対象費用1割、2割又は3割負担分の領収証及び福祉用具のパフレット（コピー可）等を添付してください。
 ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。
 欄内に記載が困難な場合は、別紙に記載しこの申請書に添付してください。

遠軽町記入欄

給付制限状況	保険料納付状況		添付書類	事業者申出	備考
有・無	未納保険料	有・無	パンフレット等 領収書	有・無	
給付割合 %	滞納保険料	有・無			

