|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | 保険者番号 |  | | ２ | ３ | ４ | ４ | ７ | ６ |
| フ リ ガ ナ | | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | |  | | | | | | | | | | |
| 住　　　所 | | | 〒　　　-　　　　　　　　　　電話番号(　　　　　)　　　- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福 祉 用 具 名  （種目名及び商品名） | | | | | | 製造事業者名称及び  販売事業者名 | | | | | | | | 購　入　金　額 | | 購　 入 　日 | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | | 令和　　　年　　月　　日 | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | | 令和　　　年　　月　　日 | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | | 令和　　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 武　豊　町　長  　　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。  また、上記申請に基づく給付費の受領に関する権限を下記の事業者に委任します。  令和　　　年　　　月　　　日  住所  　　申請者  　（委任者）　氏名　　　　　　　　　　　　　　印　　　電話番号(　　　　)　　　　- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記、申請者に係る福祉用具購入費の受領について同意いたします。  なお、給付費は登録した振込先口座に振り込んでください。  　　令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　所在地    　事業者　　事業者名称  　（受任者）  　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　印 電話番号(　　　　)　　　 - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注意 | ・領収証及び福祉用具のパンフレット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、裏面に記載してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）**

＜町記入欄＞

|  |  |
| --- | --- |
| 介護度（期間） | 受付印 |
|  |  |
| 事業所登録番号 |
|  |
| 整理番号 |
|  |