|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険居宅介護・介護予防福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | 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（介護保険事業所番号） | 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 |  |
| 　七ヶ浜町長　殿　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、当該申請に係る給付金の受領について下欄の事業者に委任します。年　　月　　日住　　所申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（委任者）氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 　　　　　事業者所在地事業者　事業者名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（受任者）代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

注意１　この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。　　２　「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。　居宅介護・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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| １普通預金２当座預金３その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ口座名義人 |  |
|  |

 |