様式第２号（第６条関係）

介護保険　居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | 保険者番号 | | | | |  | | | | | 0 | | 1 | | 6 | | 4 | | 3 | | 6 | |
| 被保険者  氏名 |  | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  （種目及び商品名） | | | | 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 「確 認 者」  指定居宅介護支援事業者等 | | 〒  住　所　　　　　　　　　　　　　　　電話  名　称  介護支援専門員氏名　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 幕別町長　　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、上記請求に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。  　　　年　　　月　　　日  住　所　　　　　　　　　　　　電話  申請者（受領委任者）  氏　名　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受　取　人　の　住所・事 業 者名・代表者名 | | 〒  住　所　　　　　　　　　　　　　　　　電話  名　称  代表者名　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振込  依頼欄 | | 銀行  信用金庫  信用組合  協同組合 | | | | | 本店  支店  本所  支所 | | | | | 種目 | | | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | |
| 普通  当座  その他  （　　　） | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 金融機関コード | | | | | 店舗コード | | | | |
|  |  | |  |  |  | |  | |  |
| フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |