

様式第1号 (第4条関係) 介護保険居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費受領委任払支給申請書

被保険者氏名	保険者番号		立科町	2	0	3	2	4	0
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性	別	男	・	女
住所	〒 384- 電話 () 立科町大字								
福祉用具名 (種目名・商品名)	製造事業者名	購入前見積金額	被保険者自己負担額						
			円	円					
			円	円					
			円	円					
福祉用具が 必要な理由									
要介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5								
立科町長様	上記のとおり関係書類を添えて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関する権限については、下記の受取人 (受領委任事業者) に委任します。								
申請者	平成	年	月	日	住所	立科町大字			
氏名					印	電話 ()			
特定福祉用具販売事業者及び受取人 (受領委任事業者)									
〒									指定事業所番号
住所									
事業所名									電話番号
口座振替	銀行 農協 信用組合	本店	種目		口座番号				
		支店	1 普通	2 通座					3 その他
依頼先	金融機関コード	出張所	店舗コード						
	フリガナ								
口座名義人									

注意 ・この申請書に、見積書及び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、裏面又は別紙に記載してください。
 ・当該福祉用具を購入後に、領収書 (商品名を明記) を提出してください。

保険者 (立科町) 確認欄	被保険者自己負担額計	円
<input type="checkbox"/> 申請書 (印・金額・理由)	購入日	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 見積書 (日付・金額・社印)	被保険者購入後確認 (申請受付) 欄	
<input type="checkbox"/> パンフレット等 (商品名・定価・製造事業者)	<input type="checkbox"/> 領収書 (金額・日付・社印・商品名)	