

様式第6号 (第7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	年	月	日	性別	男 ・ 女						
住 所	〒 _____ 電話 ( ) _____										
※事前確認申請の福祉用具等に変更が生じた場合はご記入ください。(変更がない場合は、記入不要です)											
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造業者名及び 販売事業者名			購入金額				購入日			
								年 月 日			
								年 月 日			
								年 月 日			
福祉用具が 必要な理由											
<p>山辺町長 様</p> <p>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、当該申請に基づく給付費の受領に関する権限を下記の受取人に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 _____ 電話 ( ) _____</p> <p>氏名 _____</p>											
登録事業者 (受取人)	<p>上記の被保険者に係る福祉用具購入費については、私が被保険者からの委任を受け受領することに同意します。なお、支給にあつては、次の口座に振り込んでください。</p> <p>住 所 _____ 登録番号 _____</p> <p>事業者名 _____ 電話番号 _____</p> <p>代表者名 _____</p>										
口座振込 依頼書	金融機関名		店舗名		種 別	口 座 番 号					
	金融機関コード		店舗コード								
	フリガナ										
	口座名義人										

- ・この申請書に当該月分の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。
- ・「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。ただし、ケアプランの写しの添付により理由が明らかかな場合は記入の必要はありません。

保険者記入欄

要介護度 支1・2 介1・2・3・4・5	今年度既給付 無・有 ( 円)	今回対象額 円	自己負担 給付額 円
----------------------------	--------------------	------------	------------------