様式第３号

**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）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　　年　　　　月　　　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　（　　　） |
| 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 | 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 |  |
| 支払費用合　　計 | 円 | うち被保険者負　 担　 分 | 円 | うち受領委任による請求分 | 円 |
| 比布町長　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、当該申請に基づく福祉用具購入費給付金の受領に関する権限を下記の受取人に委任します。　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　（　　　）申請者　（兼受領委任）　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　印　　本人との関係 |

|  |  |
| --- | --- |
| 受取人住所事業所名代表者氏名 | 住　　所　　　〒事業者名代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印電話番号　　　　　　（　　　） |

※　・この申請書の裏面に、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。

比布町記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険料納付状況 | 領収証確認欄 | 証明書類確認欄 | 備　　　　　考 |
| 未納保険料有・無滞納保険料有・無 |  |  |  |