様式第２号（第５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　ｶﾞ　ﾅ被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  | 0 | 8 | 3 | 0 | 2 | 2 |
|  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　日生 |
| 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 | 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 |  |
| 添付書類 | □購入する福祉用具ﾊﾟﾝﾌﾚｯﾄ等の写し　　　□請求書　　　　□領収証（被保険者名義）□受領委任払同意書　　　□介護保険福祉用具購入費に係る福祉用具購入費用額兼確認書 |
| 茨城町長　宛　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。　なお，当該申請に基づく受領に関する権限については，下記の事業者に委任します。年　　月　　日申請者　住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 　上記の委任について承諾しますので，居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を受領委任払い登録口座に振り込んでください。年　　月　　日事業者所在地事業者名代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

 |