

介護保険 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任支給申請書

フリガナ				保 険 者 番 号		厚 真 町		0	1	5	8	1	8
被保険者氏名				被 保 険 者 番 号		0	0	0	0				
				個 人 番 号									
生 年 月 日		明・大・昭		年		月		日		性 別		男・女	
住 所		〒 電話番号											
福 祉 用 具 名 (種目別及び商品名)		製造事業者名		販売事業者名		購入費用額		利用者負担額		購 入 日			
1						円		円		平成 年 月 日			
2						円		円		平成 年 月 日			
3						円		円		平成 年 月 日			
購 入 費 用 額 合 計				円		利用者負担額合計				円			
請 求 額		円											
福祉用具が必要な理由 (個々の用具ごとに記載)		1. 居宅サービス計画書(ケアプラン)のとおり 2. その他											
厚真町長 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。 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号													

添付書類等 1. 給付制限を受けている方は受領委任払いできません。
2. 特定福祉用具の購入に係る領収書及び請求書
3. 特定福祉用具のパンフレット・その他用具の概要を記載した書面
4. 居宅サービス計画(ケアプラン)を作成されている方はそのコピー

受領委任	上記申請に係る特定福祉用具購入費の受領の権限を次の者に委任します。 年 月 日 委任者(申請者) 住 所 氏 名 所在地 受任者(サービス提供事業者) 名 称 代表者
------	---

上記の購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	信用金庫 組合		本店 出張所		種 目		口 座 番 号					
	銀行 農協		支店 支所		1 普通預金							
	金 融 機 関 コ ー ド		店 舗 コ ー ド		2 当座預金							
					3 その他							
	フリガナ											
口座名義人												

※厚真町記載欄 (カード確認・職権記載) 支出決定時介護度 支 1・2 介 1・2・3・4・5

購入費用額 (保険対象分)	今年度支給済額	支給限度額	給付制限(給付率)	支給額
円	円	円	無 ・ 有	円