

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任用）

フリガナ											
被保険者氏名	被保険者番号			0	0	0					
生年月日	年 月 日										
住 所	〒689- 西伯郡大山町										
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			令和 年 月 日				
				円			令和 年 月 日				
				円			令和 年 月 日				
福祉用具が 必要な理由											
<p>大山町長様</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、上記請求に基づく給付金の受領を下記の事業者委任します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所 西伯郡大山町</p> <p>申請者 電話番号 ()</p> <p>(委任者) 氏 名 (印)</p>											
<p>所在地</p> <p>事業者 名称 電話番号 ()</p> <p>(受任者) 代表者氏名 (印)</p>											
口座振込 依頼欄	銀行・農協 信用金庫・信用組合			株・店 出張所			種目		口座番号		
	金融機関コード			店舗コード			1 普通預金				
							2 当座預金				
							3 その他				
フリガナ 口座名義人											

注意・この申請書には、事業者（受任者）の同意書、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。

大山町記入欄

認定状況 (1号・2号)	<input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)
認定期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日
保険料納付状況	滞納保険料 (有・無)
支給済額	円
備 考	

様式第2号（第3条関係）

同 意 書

令和 年 月 日

大 山 町 長 様

事業者（受任者）所在地

名 称

代表者氏名

⑩

下記被保険者が介護保険法に規定する福祉用具購入（下記被保険者による令和 年 月 日付け支給申請に係るもの）を行うに当たり、大山町から下記被保険者に給付される居宅介護（介護予防）福祉用具購入費については、下記被保険者からの委任を受け、これを大山町から直接受領することに同意します。

なお、下記被保険者に対する給付決定の取消しに伴い、大山町長から福祉用具購入費の返還を命じられたときは、直ちに、受領済みの福祉用具購入費を返還します。

被保険者氏名

⑩

補助金交付請求書

一金 _____ 円

これは、令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日付受大福第 _____ 号をもって交付決定
通知のあった介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給補助金につい
て

上記のとおり請求します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

氏名 _____ 印

大 山 町 長 様

委任状

の介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給補助金の受け取りについては下記の者に委任しますので、下記口座へ振込みをお願いします。

金融機関名	支店名	預金種類	口座番号	(フリガナ) 口座名義人

令和 年 月 日

大山町会計管理者 様

住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____ - _____