

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															
大山町長様 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、上記請求に基づく給付金の受領を下記の事業者に委任します。 令和 年 月 日 住 所 西伯郡大山町 申請者 電話番号 () (委任者) 氏 名 印															
所在地 事業者 名称 電話番号 () (受任者) 代表者氏名 印															
口座振込 依頼欄	銀行・農協 信用金庫・信用組合		株・協 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)	☐ 要支援1・2 ☐ 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

㊞

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 _____ ㊞

請 求 書

(受領委任払用)

一金 円

これは、被保険者様分の

介護保険

〔	居宅介護（予防）福祉用具購入費	〕
	居宅介護（予防）住宅改修費	

 として上記の

とおリ請求します。

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

印