

様式第6号(第6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(受領委任払い用)

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	愛西市	2	3	2	3	2	2										
個人番号		被保険者番号																	
生年月日	年 月 日																		
住所	〒 電話番号																		
特定福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	購入金額	購入日																
		円	年 月 日																
		円	年 月 日																
		円	年 月 日																
特定福祉用具販売事業者名	販売事業所番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																		
福祉用具が 必要な理由																			
<p>(あて先)愛西市長</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。 なお、当該給付費の受領については下記の者に委任します。 年 月 日</p> <p>申請者(委任者)</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>																			
<p>(あて先)愛西市長</p> <p>上記委任の件を承諾しました。 なお、当該給付費の支給については、既に届出済みの代理受領に係る登録口座に振り込みください。 年 月 日</p> <p>受取人(登録事業所)</p> <p style="text-align: right;">事業所名</p> <p style="text-align: right;">所在地</p> <p style="text-align: right;">代表者名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>																			

注意・この申請書に以下の書類を添付して事前申請をしてください。

- ①領収書②福祉用具購入に係る総費用額明細書兼確認書③福祉用具のパフレット
 ・「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下さい。

[愛西市処理欄]

要介護 ・ 要支援		保険料未納	有 ・ 無
費用額	円	同一種目制限	有 ・ 無
支給額	円	振込予定日	年 月 日
添付書類	領収書 ・ 総費用額明細書兼確認書 ・ パフレット		