様式第１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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | |  | | | | | | | | |  |
| 被保険者氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | 被保険者番号 | |  | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | 年　　月　　日生 | | | | | | | | | | | 性　別 | | | 男・女 | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 四万十市長　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、当該申請に基づく給付費の受領権を下記の事業者に委任します。  　　　　　　年　　月　　日  　申請者　住所  （委任者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注意・この申請書の裏面に、領収証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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 上記被保険者に係る当該給付費の受領権を受任することに同意します。  居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。  事業者　住　　所  （受任者）事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 口座振替依頼欄 | 銀行  信用金庫  信用組合  協同組合 | | | | | | | | 本店  支店  出張所 | | | | | 種目 | | 口座番号 | | | | | | | | | |  |
| 1 普通預金  2 当座預金  3 その他 | |  | |  | | |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | | | | | 店舗コード | | | | |
|  | | |  |  | | |  |  |  | |  | |
| フリガナ | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 要介護状態区分 | | | | | | |  | | | | 認定日及び有効期間 | | | | | | | |  | | | | | | |  |
| 同一年度内での支給状況 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |