様式第５号（第８条関係）

小山町介護保険居宅介護（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  被保険者氏名 |  | | 保険者番号 | | | |  | | | | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |
| 被保険者番号 | | | |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 個人番号 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 生年月日 |  | | 性別 | | | |  | | | 要介護度等 | | | |  | | | | |
| 認定有効期間 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  (種目名及び商品名、品目名) | | 特定福祉用具販売事業者指定番号 | | 製造事業者名及び  販売事業者名 | | | | | 購入金額 | | | | | | 購入日 | | | |
|  | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事前承認番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小山町長　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。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　事業者番号  　　　申請者　　　事業者名　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  （受領委任事業者）代表者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記事業者に居宅介護（予防）福祉用具購入費の請求及び受領を委任します。  被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意　・この申請書の裏面に領収証、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、個々の福祉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。

上記の給付金を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込  依頼欄 | 銀　　行  信用金庫  信用組合  農　　協 | | | | 本　店  支　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  　2　当座預金  　3　その他 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | |

※小山町記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険対象額 | 本人負担額 | 支給決定額 | 備考 |
|  |  |  |  |