**千歳市介護保険居宅介護（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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|
|  | 明・大・昭 年　 月 　　 日 | 性 別 | 男 ・ 女 |
|  住 所 | 〒  電 話 番 号（ ）  |
| 福 祉 用 具 名（種目及び商品名） | 製造事業者名及び販売事業者名 | 購入金額 | 購入月日 |
|  |  | 円 |  年 月 日 |
|  |  | 円 |  年 月 日 |
|  |  | 円 |  年 月 日 |
|  |  |
|  | 銀　　行信用金庫信用組合 |  本店 支 | 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 |  |
|  |
| 千 歳 市 長 様 上記のとおり居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日  　　住所 電話番号 （ ）  申請者  　　氏名  |

|  |
| --- |
|  当該申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領権限を次のとおり委任します。 年 月 日 　　住所 電話番号 （ ）  委任者  　　氏名  　　事業者所在地  受任者 事業者名 電話番号 （ ） 　　代表者職氏名  介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を上記の口座に振り込み願います。 |

 注意 1 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。

 ２ 「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。

※以下は、記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 領収書確認欄 | 居宅サービス計画 |  | 決 裁 | 課長 | 係長 | 係 | 保険給付額（ 割） |
|  |  |  |  |  | 円 |