

介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書

第3号様式(第4条関係)

<受領委任払>

		個人番号											
フリガナ			保険者番号										
被保険者氏名			被保険者番号										
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	要介護度()						
住所	〒												
				電話									
福祉用具名 (種目名及び商品名)				事業者名				購入(販売)金額 (税込)			購入日		
①								円			年 月 日		
②								円			年 月 日		
③								円			年 月 日		
④								円			年 月 日		
購入(販売)金額計(A)							円						
支給申請額	購入(販売)金額計(A) × (0.9/0.8/0.7) =											円 (小数点以下切捨) (B)	
利用者負担額	購入(販売)金額計(A) - 支給申請額(B) =											円 (小数点以下切上)	
南部町長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)福祉用具購入費の支給を申請します。また、当該申請に基づく居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請及び給付費の受領に関する権限を下記の受取人に委任します。 申請者(受領委任者) 年 月 日 住 所 氏 名 印 電話番号													
南部町から支給される、被保険者 様に係る上記申請内容に基づく居宅介護(支援)福祉用具購入費の受領権限については、私が被保険者からの委任を受け、受領することに同意します。 なお、支給にあたっては下記の金融機関に口座振込をしてくださるよう依頼します。 受取人(福祉用具販売事業者) 年 月 日 所在地 事業者名 事業者登録番号 代表者氏名 印 電話番号													

※添付するもの ①購入許可証 ②カタログ ③領収書(購入者の支払金額がわかるもの)

居宅介護(支援)福祉用具購入費を下記の口座に振り込みしてください。

フリガナ	
口座名義人(代表者口座に限る)	
金融機関・本支店名	
預金種目・口座番号	