様式第１号（第４条関係）　（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

**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 |  |  |  |  | **２** | **２** | **３** | **４** | **１** | **２** |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 要支援　１・２　要介護　１・２・３・４・５ | 認定期間～ |
| 住所 | 〒清水町　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　　-　　　　　 |
| 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 |
| 指定特定福祉用具販売事業所名（　事　業　所　番　号　） | （　　　　　　　　　　） |
| 福祉用具が必要な理由 |  |
| 清水町長　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。また、この申請に基づく福祉用具購入費の支給申請及び受領に関する権限については、次の受任者に委任します。年　　月　　日申請者　　住　所（委任者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）　　電話番号（　　　　）　　　-　　　　　 |
| 受任者 | 所在地名称　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）　　電話番号（　　　　）　　　-　　　　　 |
| 指定居宅介護支援事業者確認欄 | 上記の申請については、介護保険法第44条及び第56条に規定する福祉用具に該当すること及び支給の申請手続きが適正であることを確認します。所在地事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）　介護支援専門員氏名　　　　　　　（※） |

（※）　氏名（法人にあっては、当該法人の名称及び代表者名）を自署しない場合は、押印が必要です。

注意・この申請書に、見積書、福祉用具のパンフレット又はその写し、清水町介護保険福祉用具購入費受領委任払取扱確約書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。

・購入後、領収書を提出してください。

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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 | 銀行農協信用金庫 | 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 |  |

受 付 印

（購入後）

受 付 印

（事前申請）