

利根町介護保険福祉用具購入費支給申請書(受領委任払い用)

フリガナ			保険者番号		0	8	5	6	4	7
被保険者氏名			被保険者番号		0	0	0	0		
生年月日	年 月 日		性別		男 ・ 女					
住 所	〒 - 利根町		電話番号 ( )							
福祉用具名 (商品名及び型番)	①製造事業者名 ②販売事業者名		購 入 金 額		購 入 日					
	① ②		円		年 月 日					
	① ②		円		年 月 日					
	① ②		円		年 月 日					
福祉用具が 必要な理由										
利根町長 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、当該申請に基づく給付費の受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。  年 月 日 申請者 住所 電話番号 氏 名 印 ( )										
受取人 上記被保険者から委託を受け、給付費を代理受領することに同意します。 〒 住 所 電話番号 事業者名 代表者名 印 ( )										

(添付書類)

- 被保険者が支払った自己負担額の領収証
- 福祉用具のパフレット等(製品の詳細が分かるもの)

受 付 印

町処理欄

介護度	要支援	要介護	本人負担額	保険者負担額	投入日	受付簿	被保険者
	1・2	1・2・3・4・5					1号 2号
有効期間			課 長	課長補佐	係 長	係	
. . . ~ . . .							