様式第３号（第４条関係）

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 | | | |  | | | |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | |  | | | | 被保険者番号 | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日生 | | | | 性　　別 | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  （種目名及び商品名） | | | 製造事業者名及び  販売事業者名 | | 購入金額 | | | | 購入日 | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | 円 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | 円 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | 円 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | 円 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 美幌町長　　　　　　　　　　　　　様  　　上記のとおり関係書類を添えて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金の受領に関する権限を下記の事業者に委任します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　申請者  　　　　　氏　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額※ | 円 | | | 公費負担額※ | | 円  ※この欄は町で記入します。 | | 要介護度 | | | | 支援・介護： | | | | | | | |

上記委任を受諾しましたので、福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　（　　　　　）  住　所  名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　（事業所番号　　　　　　　　　　　　　　　）  代表者名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振込  依頼欄 | 銀行  信金  　　　　　　　　農協 | | | | | 本店  支店 | | | 種　　　　目 |  | | | | | | |
| １　普通預金  ２　当座預金 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | | |

注）この申請書の裏面に、領収書及び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、個々の用具ごとに記載してください。