様式第15号（第20条関係）

受領委任払い用介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 |  | 要介護度等 |  |
| 認定有効期間 | ～ |
| 住所 |  | 電話番号 |
| 福祉用具名（種目名及び商品名） | 特定福祉用具販売事業者指定番号 | 製造事業者名及び販売事業者名 | 購入金額 | 購入日 |
| （TAISコード　　　　　　　　　） |  |  | 円 | 年　月　日 |
| （TAISコード　　　　　　　　　） |  |  | 円 | 年　月　日 |
| （TAISコード　　　　　　　　　） |  |  | 円 | 年　月　日 |
| 福祉用具が必要な理由 |  |
| 　庄内町長　　　富樫　透　　宛 |
| 　前のとおり、関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。　また、当該申請に基づく保険給付の受領に関する権限を下記の受取人に委任します。 |
| 　　　　　　年　　　月　　　日 |
|  | 　　　〒住所 |  |  |
| 申請者 |  | 電話番号被保険者との関係 |
|  | 氏名 |
| 　庄内町から支給される上記被保険者に係る居宅介護（介護予防）福祉用具購入費について、私が被保険者から委任を受け受領することに同意します。 |
|  | 　　　〒住所 |  |
| 受取人 | 名称 |  |
|  | 代表者名 | 電話番号 |
| 代理申請を行う事業所情報 | 事業所名称 |  |
| 事業所種別 |  |

注意　・この申請書の裏面に領収証、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、個々の福祉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。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 | 銀行 信用金庫 農協 (　　　　) | 本　店 支　店 (　　　) | 種目 | 口座番号 |
| 金融機関コード | 店舗番号 | １ 普通２ 当座預金３ その他(　　　　　　　 ) |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |