

様式第2号(第4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		0	6	4	6	1	8
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	明・大・昭 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						
福祉用具が 必要な理由									
遊佐町長 宛 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 氏 名 ⑨ 電話番号									
遊佐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。なお、支給に当たっては下記の口座に振り 込んでください。 〒 - 受取人 住 所 名 称 代表者名 ⑨ 電話番号									

注意 この申請書に福祉用具のパ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。

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					
	金融機関コード	店舗コード	1普通預金 2当座預金 3その他						
	フリガナ								
	口座名義人								

以下は記入しないでください。

受付印	個人番号カード提示	有・無	購入費用	円
	個人番号確認書類提示	有・無		
	個人番号システム確認済	□	対象費用	円
	身元確認書類	提出		
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 郵送	支給算定額	円