様式第20号の2(第25条関係)

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 |  | | 被保険者番号 | | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護認定 | 要介護状態区分　　1　2　3　4　5　　要支援状態区分　1　2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| (宛先)鶴ヶ島市長  　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、上記申請に基づく居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領を下記の者に委任します。  　　　　　年　　　月　　　日  　　　　住所  氏名については、本人または家族の署名をお願いします。  　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意　1　この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。

　　　2　「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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者  依頼欄 | 受領委任払制度の利用について同意します。つきましては、上記申請により支給が決定された居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。  　所在地  　名称  　代表者名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振替  依頼欄 |  | | 銀行  信用金庫  信用組合  農協 | | 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 | | | |  | | | | | | | | | | |