

介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書(受領委任払用)

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号						1	7	3	6	5	8	
	被保険者番号												
生年月日	年 月 日						連絡先						
住 所													
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													
選択制対象用具 購入確認機関	所 属					職 種					担 当 者		
<p>内灘町長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>なお、当該申請に基づく給付金の請求及び受領に関する権限を下記の登録事業者に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p style="text-align: right;">本人による署名でない場合は、押印してください。</p>													

<p>上記申請に基づく福祉用具を購入したときは、上記申請者が居宅介護(支援)福祉用具購入費の請求及び受領に関する権限を委任することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>		
登録事業者	事業者名	
	受領委任払取扱 事業者登録番号	
	代表者名	(署名または記名押印)
	住 所	連絡先

【申請に必要な書類】

- ・領収書の原本(原則本人宛)
- ・福祉用具のパンフレット、カタログ等の写し
- ・内灘町長宛の請求書

【留意事項】

- ・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。
- ・選択制対象の福祉用具を購入する場合、購入に至った経緯を「福祉用具が必要な理由」欄に記載して下さい。意見を聴取した医師又はリハビリ専門職に関して「選択制対象用具購入確認機関」欄に記載して下さい。専門職等による署名又は押印は不要です。