

|                                                                                     |  |        |                               |         |        |         |   |        |       |         |   |   |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|--------|-------------------------------|---------|--------|---------|---|--------|-------|---------|---|---|--|--|--|--|
| 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書                                                          |  |        |                               |         |        |         |   |        |       | 受領委任払い用 |   |   |  |  |  |  |
| フリガナ                                                                                |  |        |                               |         | 保険者番号  |         | 3 | 0      | 3     | 4       | 3 | 8 |  |  |  |  |
| 被保険者氏名                                                                              |  |        |                               |         | 被保険者番号 |         | 3 | 4      | 3     | 0       | 0 | 0 |  |  |  |  |
|                                                                                     |  |        |                               |         | 個人番号   |         |   |        |       |         |   |   |  |  |  |  |
| 生 年 月 日                                                                             |  | 年 月 日生 |                               |         |        | 性別      |   | 男 ・ 女  |       |         |   |   |  |  |  |  |
| 住 所                                                                                 |  | 〒 電話番号 |                               |         |        |         |   |        |       |         |   |   |  |  |  |  |
| 福 祉 用 具 名<br>(種目名及び商品名)                                                             |  |        | 製 造 事 業 者 名<br>(販 売 事 業 者 名 ) |         |        | 購 入 金 額 |   |        | 購 入 日 |         |   |   |  |  |  |  |
|                                                                                     |  |        |                               |         |        |         |   |        | 年 月 日 |         |   |   |  |  |  |  |
|                                                                                     |  |        |                               |         |        |         |   |        | 年 月 日 |         |   |   |  |  |  |  |
|                                                                                     |  |        |                               |         |        |         |   |        | 年 月 日 |         |   |   |  |  |  |  |
| 合計金額                                                                                |  | 円      |                               | 給付対象購入額 |        | 円       |   | 利用者負担額 |       | 円       |   |   |  |  |  |  |
| 九度山町長 様                                                                             |  |        |                               |         |        |         |   |        |       |         |   |   |  |  |  |  |
| 上記のとおり、受領委任払いにて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を受けたいので関係書類を添えて申請します。<br>なお、その受領の権限を下記の事業者委任します。 |  |        |                               |         |        |         |   |        |       |         |   |   |  |  |  |  |
| 年 月 日                                                                               |  |        |                               |         |        |         |   |        |       |         |   |   |  |  |  |  |
| 申請者 住所 電話番号                                                                         |  |        |                               |         |        |         |   |        |       |         |   |   |  |  |  |  |
| 氏名                                                                                  |  |        |                               |         |        |         |   |        |       |         |   |   |  |  |  |  |
| 上記の受領の権限を受任しました。                                                                    |  |        |                               |         |        |         |   |        |       |         |   |   |  |  |  |  |
| 住所                                                                                  |  |        |                               |         |        |         |   |        |       |         |   |   |  |  |  |  |
| 受領者 事業者名                                                                            |  |        |                               |         |        |         |   |        |       |         |   |   |  |  |  |  |
| (事業者)                                                                               |  |        |                               |         |        |         |   |        |       |         |   |   |  |  |  |  |
| 代表者名 電話番号                                                                           |  |        |                               |         |        |         |   |        |       |         |   |   |  |  |  |  |

注意 ・ この申請書には利用者負担額に係る領収証を添付して下さい。