介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書兼請求書



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ  被保険者氏名 |  | | | 保険者番 号 | | |  | | | | 0 | 4 | 3 | 6 | 1 | 2 |
| 被保険者番号 | | | 3 | 6 | 1 | 0 |  |  |  |  |  |  |
| 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 －  亘理町 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福 祉 用 具 名  (種目名及び商品名) | | 製造業者名及び  販売事業者名 | 購 入 金 額 | | | | | 購 入 日 | | | | | | | | |
|  | |  | 円 | | | | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | |
|  | |  | 円 | | | | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | |
|  | |  | 円 | | | | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | |
| 福祉用具が 必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 亘理町長 殿  上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（支援）福祉用具の支給を申請します。  令和 年 月 日  住所 亘理町  申 請 者 電話番号 －  （被保険者） 氏名 ㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意 ・この申請書の裏面に領収書及び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。

居宅介護（支援）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口 座 振 込 依 頼 欄 | 銀 行  信用金庫 信用組合 農 協 | | | | | 本 店  支 店  支 所 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 | | | |  | | | | | | | | | | | |

※被保険者以外の口座に振り込みの場合は、裏面の委任状に記入してください。(委任状 有 ・ 無）

亘理町長 殿

委任者 住所

(申請者)

委 任 状

令和 年 月 日

氏名 ㊞

生年月日 明・大・昭 年 月 日

私は、次の者を代理人として 介護保険福祉用具購入費を受領する権限を委任します。

代理人 住所

氏名