**介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費**

**受領委任払い利用申請書＜購入前＞**

令和　　　年　　　月　　　日

奥　多　摩　町　長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者(被保険者） | 住所 |
| 氏名 |
| 電話番号 |
|  |
| 代筆者 | 氏名 |
| 電話番号 |
| 申請者との関係 |

次のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費受領委任払い利用を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者・番号 | 奥多摩町 | 1 | 3 | 3 | 0 | 8 | 2 |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 大　・　昭　　　　年　　　月　　　日 | 性　別 | 男　　　・　　　女 |
| 福祉用具名（種目・商品名） | メーカー・品番等 | 購入見積金額 |
|  |  | 円　 |
|  |  | 円　 |
|  |  | 円　 |
| 購入予定事業者 | 電話番号 | 購入見積額合計 | 円　 |
| 福祉用具が必要な理由 |  |

※この申請書に当該福祉用具の見積書及びパンフレット等を添付してください。

|  |
| --- |
| 受　　付　　印 |
|  |

**介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費**

**受領委任払い利用申請書＜購入後＞**

令和　　　年　　　月　　　日

奥　多　摩　町　長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者(受領委任者） | 住所 |
| 氏名 |
| 電話番号 |

次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、当該申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の申請及び受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者・番号 | 奥多摩町 | 1 | 3 | 3 | 0 | 8 | 2 |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 大　・　昭　　　　年　　　月　　　日 | 性　別 | 男　　　・　　　女 |
| 福祉用具名(種目・商品名） | メーカー・品番等 | 販売事業者 | 購入日 | 購入金額 |
|  |  |  | 年 　月 　日 | 円 |
|  |  |  | 年 　月 　日 | 円 |
|  |  |  | 年 　月 　日 | 円 |
| 購入合計金額 | 円 | 支給申請額 | 円 |
| 受　取　人 | 所在地 |
| 登録事業者名 | 電話番号 |
| 代表者氏名 |

※この申請書に福祉用具購入受領委任払い利用承認書、被保険者の支払った自己負担額の領収書の写しを添付してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄※販売業者口座 | 金融機関名 | 本・支店名 |  |  |
|  |  |
| 種目 | □普通預金 | 口座番号 |  | 受　　付　　印 |
| □当座預金 |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |