

【購入後】

受領委任払用

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書兼請求書

| | | | | | |
|--|---|-----------|--------|----------------------|--|
| フリガナ | | | 保険者番号 | 2 8 3 8 2 0 | |
| 被保険者氏名 | ----- | | 被保険者番号 | 0 0 0 0 | |
| | 〒 ー | | | | |
| 福祉用具名 (種目及び商品名) | 製造業者名及び販売予事業者名 (特定福祉用具販売事業者番号) | 購入金額 | 購入日 | | |
| () | | 円 | 年 月 日 | | |
| () | | 円 | 年 月 日 | | |
| () | | 円 | 年 月 日 | | |
| 購入合計金額 | 円 | 支給申請(請求)額 | 円 | ※承認通知書に記載された給付予定額を記入 | |
| 変更確認欄 | 事前申請（変更申請）の内容に、 <input type="checkbox"/> 変更なく福祉用具を購入しました。 <input type="checkbox"/> 以下の変更がありました。 | | | | |
| | (変更の内容) | | | | |
| 播磨町長様 年 月 日付(確認番号 福受 ー ー)で承認通知書(変更承認通知書)の交付を受けた福祉用具を購入しましたので、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請及び請求します。 また、当該申請に基づく居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給に関する受領権を下記の事業者(受任者)に委任します。 年 月 日 申請者 住所 (被保険者) (委任者) 氏名 ㊟ | | | | | |
| 年 月 日 事業者 事業所所在地 (受任者) 事業所名 代表者の氏名 電話番号 () ー ㊟ | | | | | |

【注意】・この申請書に、福祉用具購入に係る領収書を添付してください。

- ・「変更確認欄」による変更は、福祉用具の購入が取り止めになったときなど、購入費用が減額等したときに使用してください。
- また、変更後の内容が確認できる書類等(変更後の見積書等)を提出してください。

| | | | | |
|---------------|---------|-------|--------|------|
| 口座振替 | 銀行 | 本店 | 種目 | 口座番号 |
| | 信用金庫 | 支店 | | |
| 依頼欄 ※受任者記入 | 農協 | 出張所 | 1 普通預金 | |
| | 金融機関コード | 店舗コード | 2 当座預金 | |
| フリガナ | ----- | | 3 その他 | |
| 口座名義人 | ----- | | | |

(町記入欄)

| | | |
|-----------------------------|---|------------------------------|
| 福祉用具購入費支給対象金額 (上限 10 万円) | 円 | 添付書類 |
| 支給決定額 | 円 | <input type="checkbox"/> 領収書 |

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書兼請求書

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------|----------|----------------------|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | ハリマ タロウ | | | 保険者番号 | 2 8 3 8 2 0 | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | 播磨 太郎 | | | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 住所 | 〒675-0182 播磨町東本荘1丁目5番30号 | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名 (種目及び商品名) | 製造業者名及び販売子事業者名 (特定福祉用具販売事業者番号) | 購入金額 | | 購入日 | | | | | | | | | | |
| シャワーチェア (入浴補助用具) | 製造業者名/販売事業者名 () | 20,000円 | | 平成27年○月×日 | | | | | | | | | | |
| 購入した福祉用具名、製造業者名、販売事業者名、販売事業者番号を記入して下さい | | | | | | | | | | | | | | |
| 購入合計金額 | 20,000 円 | 支給申請(請求)額 | 18,000 円 | ※承認通知書に記載された給付予定額を記入 | | | | | | | | | | |
| 変更確認欄 | 事前申請(変更申請)の内容に、 <input checked="" type="checkbox"/> 変更なく福祉用具を購入しました。 <input type="checkbox"/> 以下の変更がありました。 | | | | | | | | | | | | | |
| 変更申請を伴わない変更があった場合は、変更内容を記入して下さい。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 播磨町長様 平成27年○月×日付(確認番号 福受27-○-)で承認通知書(変更承認通知書)の交付を受けた福祉用具購入費(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請及び請求します。 | | | | | | | | | | | | | | |
| ※請求日は記入しないでください | | | | | | | | | | | | | | |
| 承認通知書に記載された確認番号を記載してください | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者住所 播磨町東本荘1丁目5番30号 (被保険者) (委任者) 氏名 播磨太郎 印 押印してください | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者事業所所在地 播磨町○○1丁目○番○号 (受任者) 事業所名 ○×販売(株) 印 代表者の氏名 ○○ ○○ 印 電話番号 (079) ××××-×××× 押印してください | | | | | | | | | | | | | | |
| 販売事業者に受領を委任することになります | | | | | | | | | | | | | | |

【注意】・この申請書に福祉用具購入費の口座振替依頼欄は受領の委任を受けた事業者(受領者)の口座を記入して下さい
また、変更後の住所を記入して下さい

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------|------------------|----|-----------------|-------|------|---|--------|---|---|---|---|---|---|---|-------|--|--|--|--|--|
| 口座振替 依頼欄 ※受任者記入 | ○× | 銀行 信用金庫 農協 | ○× | 本店 支店 出張所 | 種目 | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 金融機関コード | | | | 店舗コード | | | 普通預金 | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 2 当座預金 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 3 その他 | | | | | |
| フリガナ | | ○×ハンバイ(カ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | ○×販売(株) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(町記入欄)

| | |
|---------------|---------------------|
| 福祉用具購入費支給対象金額 | |
| (上) | 保険者が使用しますので記入は不要です。 |