

様式第5号（第7条関係）

介護保険福祉用具購入費支給申請書(受領委任払用)

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--------|--|-----------------------|--|--|-------------------|-----|---|---------|---|----|---|
| フリガナ | | | | | | 保険者番号 | 1 | 6 | 2 | 0 | 4 | 0 |
| 被保険者氏名 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | | | | 性別 | 男・女 | | | | | |
| 住 所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 電話 | |
| 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 所 | | | 購入価格(10割) | | | 購入年月日 | | | |
| | | | | | | 円 | | | 年 月 日 | | | |
| | | | | | | 円 | | | 年 月 日 | | | |
| | | | | | | 円 | | | 年 月 日 | | | |
| 合計金額 | | | | | | | | | | | | 円 |
| 利用者負担額(1割又は2割) (上記のうち、支給対象外の額) | | | 円 | | | 保険請求額 (9割又は8割) | | | 円 | | | |
| 販売事業所名 (受領委任払取扱登録販売所名) | | | | | | | | | 魚津市登録番号 | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | | | | | | | | | | | | |
| <p>魚津市長 あて</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて介護保険福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>なお、支給額の支払については、裏面委任状の受任者口座へ振り込んでください。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話</p> <p>氏名</p> | | | | | | | | | | | | |

- この申請書に、領収証及び福祉用具のパ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、別紙等に記載してください。

(裏面へ)

介護保険福祉用具購入費受領委任状

今申請にかかる介護保険福祉用具購入費の支給額の受領に関する権限を次の者に委任します。なお、支給額は下記口座に振り込んでください。

年 月 日

住 所

委任者（被保険者）

氏 名

住 所

受任者（販売事業所）

事業所名および
代理受領受任者名

（魚津市登録番号 ）

| | | | | | | | | | |
|-----------------|----------------------|----------------|-------|------|--|--|--|--|--|
| 口座 振替 依頼欄 | 銀行 信金・信組 農協・労金 | 本店・支店 本所・支所 | 種 目 | 口座番号 | | | | | |
| | 金融機関コード | 店舗コード | 1 普通 | | | | | | |
| | | | 2 当座 | | | | | | |
| | | | 3 その他 | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | | |