第4号様式(第4条関係)

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 保険者番号 | | | |  |  |  | |  | 0 | 7 | 5 | | 4 | 5 | 7 |
| 被保険者氏名 |  | | | 被保険者番号 | | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| 生年月日 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和  年　　　　月　　　　日 | | | 性別 | | | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 購入種目 |  | | | 購入日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 大熊町長　　様  上記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受領委任払いにて申請します。  なお、当該申請に基づく請求及び受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。  　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡（　　　　）  受領委任者（被保険者）  　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （受取人） | | 上記の被保険者から委任を受け、代理受領することに同意します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名  代表者名  電話番号 | | 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定福祉用具の商品名 | | | メーカー名 | | 購入金額 | | | | | | 保険給付額 | | | | | 自己負担額 | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | 円 | | | | | 円 | | | |
|  | | |  | |  | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | |
| 合計 | | | | | 円 | | | | | |

（添付書類）

□大熊町長あて請求書（対象者名入り）　□領収書等の写し（署名または受領印付き）　□福祉用具のパンフレット等の写し

□支払金口座振替依頼書（大熊町からの支払いが初めての場合のみ）

※　申請書類に押印する被保険者及び事業所の印鑑は全て統一してください(※シャチハタ不可)。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 |  | 銀行  信用金庫  信用組合  農協 | | |  | | | 本店  支店  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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |