

介護保険福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）

フリガナ			保険者番号		2	6	2	1	0	5
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女				
住所	〒		—		電話番号	—				
要介護認定	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5		(期間 年 月 日 ~ 年 月 日)					
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名		購入金額			購入日				
			円			年 月 日				
			円			年 月 日				
			円			年 月 日				
<p>八幡市長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて受領委任払いによる福祉用具購入費の支給を申請します。また、当該申請にかかる福祉用具購入費の受領に関する権限を、下記の者に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 〒</p> <p><u>委任者</u> (被保険者) (電話番号 — )</p> <p>氏名</p>										
<p>八幡市長 様</p> <p>上記被保険者の当該申請にかかる福祉用具購入費の受領に関する権限を受任することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>登録番号 _____</p> <p><u>受任者</u> (登録事業者) 住所 〒</p> <p>事業者名 (電話番号 — )</p> <p>代表者名</p> <p>つきましては、福祉用具購入費を届出口座に振り込んでください。</p>										

※この申請書に領収書等の必要書類を添付して下さい。

※購入時に、入院・入所中の方、要介護・要支援認定の申請中で有効な認定のない方は、受領委任払いはできません。

※給付制限を受けている方は、受領委任払いはできません。

※同一种目の福祉用具購入や既に購入した福祉用具を修理する場合は、事前に市に相談下さい。破損の場合は、破損箇所がわかる写真を持参下さい。市が承認したもののみ支給申請できます。

※振込口座は受領委任払い取扱事業者登録届出もしくは登録事項変更届出時に登録いただいた口座になります。

八幡市記入欄

限度残額	円	対象額	円	支給額	円	同一种目	有・無
滞納措置	無・償還払い・給付額減額( 年 月 日 ~ 年 月 日)			生保受給	無・有	認定状況	有効・無効
						入院等	有・無