様式第２号（第８条関係）

|  |
| --- |
| 【受領委任払い用】介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書 |
| 　 | フリガナ被保険者氏名 | 　 | 保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　月　日生 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　 |
| 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 |
| 福祉用具が必要な理由 | 　 |
| 　　東海村長　　　　　　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申請します。　なお，東海村介護保険福祉用具購入費等受領委任払実施要綱の規定により，居宅介護(介護予防)福祉用具購入費について，別紙（様式第1号）のとおり権限を委任します。　　　　　年　　月　　日　　　　　住所　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　氏名　　　　　　　　　　　 |
| 注意・この申請書の裏面に，領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。　　・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は，裏面に記載して下さい。 |
| 　 |