様式第６号(第８条関係)

**大洲市介護保険居宅介護(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 | |  | | | | | 3 | 8 | 2 | 0 | 7 | 7 |  |
| 被保険者氏名 |  | |
| 被保険者番号 | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　月　日生 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 別紙のとおり | | | | | | | | | | | | | | |
| 大洲市長　　　　　　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、当該給付の受領については下記の者に委任します。  　　　　　　年　　月　　日  　申請者　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号  　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記委任の件承諾しました。  　なお、当該給付の支給については、既に届出済みの代理受領に係る登録口座に振り込みください。  　　　　　　年　　月　　日  　受任者　住所    　　　　　事業者(所)名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　代表者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意・この申請書に、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。