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。