様式第3号(第6条関係)

高千穂町介護保険居宅介護(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  被保険者氏名 | | |  | | 保険者番号 | | |  | | | | ４ | ５ | ４ | ４ | １ | ３ |
|  | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 高千穂町長　様  　　上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。  　　また、当該申請に係る給付費の受領を下記の受取事業者に委託します。  令和　　年　　月　　日  住所  申請者 　　 電話番号  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受取事業者 | | 事業所名：  住　　所： | | | | | | | | | | | | | | | |

　備考

　　1　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。

　　2　「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。