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。