別記第４号様式（第４条関係）

介護保険居宅介護福祉用具購入費等受領委任払支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 要介護認定 | 要支援　・　要介護 |
|  | 　　　 年 月 日生 |
|  | 〒 －電話番号 （ ） |
| 福 祉 用 具 名 （種目及び商品名） | 製造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 |
| 購入費用額 | 円 | 利用者負担額 | 円 | 申請額(委任額) | 円 |
| 福祉用具が必要な理由 |  |
| 指定居宅介護支援事業者 | 〒　　　－住所名称介護支援専門員氏名 | 事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 中札内村長 様関係書類を添えて居宅介護福祉用具購入費等の支給を申請するとともに、下記の事業者に受領権を委任します。 年 月 日被保険者(委任者) 住 所氏 名 　電話番号 （ ） |
| 事業者（受任者）の同意書 |
| 上記の福祉用具購入に伴い中札内村から被保険者 様に支給される居宅介護福祉用具購入費等の受領権については、私が被保険者からの委任を受けることに同意します。 年 月 日中札内村長 様事業者(受任者) 住 所名 称代表者名 　電話番号 （ ） |

※この申請書には、福祉用具のパンフレットを添付してください。