様式第１７(第１１条関係)

　　　介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | 　 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　　年　　月　　日生 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒電話番号（　　　　　　　　　） |
| 要介護区分等 | 　要支援１　　要支援２　　要介護１　　要介護２　　要介護３　　要介護４　　要介護５ |
| 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 | 販売金額 | 被保険者負担額 | 購入日 |
|  |  | 　　　　円 | 円 | 年　 月　 日 |
|  |  | 　　　　円 | 円 | 年　 月　 日 |
|  |  | 　　　　円 | 円 | 年　 月　 日 |
| 東　郷　町　長　殿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。　　年　　月　　日申　請　者　 住所　　　　　　　　　　　　　（被保険者）　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 東　郷　町　長　殿上記申請に係る居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関し、下記口座に振り込んでください。　　　年　　月　　日受　領　者　所在地　　　　　　　　　　　　　　（販売事業者）事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号事業所番号 |
| 口座振込依頼欄 | 銀行信用金庫農業協同組合 | 本店支店出張所 | 種目 | 口座番号 |
| １普通預金２当座預金３その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

（注意）

１　この申請書に被保険者負担額の領収書を添付してください。

２　入院（所）中の方は、退院（所）後に申請してください。