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。