

様式第9(第9条関係)

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任払い承認申請書

フリガナ 被保険者 氏名		保険者番号	■■■■■
		被保険者番号	■■■■■
生年月日	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	購入予定日
		円	
		円	
		円	
福祉用具が 必要な理由			
<p>東郷町長殿</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領委任払いの承認を申請します。なお、福祉用具購入費の受領に関する権限を下記の事業者委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者住所</p> <p>(被保険者) 氏名 電話番号</p> <p><input type="checkbox"/> 下記の事業者から当該福祉用具及び受領委任払い制度に関する十分な説明を受けたことを承諾します。</p>			
<p>東郷町長殿</p> <p>上記申請に係る介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給申請及び受領に関する権限を受任することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>受領者所在地</p> <p>(販売事業者) 事業者名</p> <p>代表者名 電話番号</p> <p>事業所番号</p> <p><input type="checkbox"/> 上記申請者に対し、当該福祉用具及び受領委任払い制度に関する十分な説明を行いました。</p>			

(注意)

「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ください。
欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。
この申請書に見積書及び福祉用具のパフレット等を添付してください。