

会津若松市介護保険居宅介護福祉用具購入費等支給申請書(受領委任払い用)

給付券のナンバーを記入

NO.

記入

申請月日 ○年 ○月 ○日

フリガナ	アイツ タロウ		被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
被保険者氏名	会津太郎		生年月日	昭和 2年 3月 4日									
			性別	男・女									
住所	〒965-9900 会津若松市中央九丁目9番9号		電話番号	(99) 9999									
	介護保険証の記載事項と相違なく記入してください。		購入日は領収書に記載された年月日となります。										
購入種目	腰掛便座 入浴補助用具		購入日	○年 ○月 ○日									
			負担割合(購入日現在)	1割									
給付申請額	給付券に記載された保険給付額と同じ金額を記入します。		24,570	円									
会津若松市長 下記の特定(介護予防)福祉用具購入に係る給付費の支給について、関係書類を添えて申請します。 また、私の当該給付費の支給申請及び給付金の受領に関する権限を次の者に委任します。 受領委任者は被保険者本人です。(支給申請時に本人死亡の場合は、相続人が受領委任者となります。)													
受領委任者(被保険者)		会津若松市中央九丁目9番9号		TEL (99) 9999									
氏名		会津太郎		会津									
受任者(福祉用具販売委任取扱登録事業者)	事業所所在地	会津若松市東栄町99番99号 ふくしまビル20											
	事業所名	〇〇福祉販売(株)											
代表者名		代表取締役 若松 花子		TEL (33) 3333									
代表取締役印		代表取締役印											
特定福祉用具の商品名		メーカー名	購入金額	保険給付額		自己負担額							
〇〇ポータブルトイレCP-H		〇〇工業(株)	17,850										
〇〇浴槽手すりU-80		(株)〇〇化学	9,450										
合計			27,300	24,570		2,730							

※領収証(原本)及び給付券を添付して下さい。

上記の福祉用具購入に係る給付金を下記口座に振り込んで下さい。

受任者(福祉用具販売事業所)名義の口座を指定します。	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店	若松東	支店					
	預金	2	当座預金	出張所					
	金融機関コード	6	6	6					
	店舗コード	4	4	4					
3	他の預金 ()	口座番号	5	5	5	5	5	5	5
フリガナ	〇〇福祉販売(株)								
口座名義人	〇〇福祉販売(株)								

※ゆうちょ銀行の場合は支店名は「八二八」などの漢数字記載の支店名を記入してください。