

様式第2号

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書兼請求書（受領委任払用）

フリガナ		保険者番号	4	6	4	9	1	7
被保険者氏名		被保険者番号						
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女					
住所	〒 (電話番号)							
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日					
		円	令和 年 月 日					
		円	令和 年 月 日					
		円	令和 年 月 日					
福祉用具が 必要な理由								
<p>南大隅町長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の申請をします。また、当該申請に基づく給付費の受領に関する権限を下記の事業者委任します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>(受領委任者) 氏 名 (印)</p>								
<p>南大隅町長 様</p> <p>上記被保険者に係る当該給付費の受領権限を受任することに同意します。なお、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給にあたっては、下記の口座に振り込んでください。</p> <p>住所</p> <p>事業者 事業者名 (電話番号)</p> <p>(受領受任者) 代表者名 (印)</p>								
口座振替 依頼欄	銀行	本店	種 目	口 座 番 号				
	信用金庫	支店		1 普通預金 2 当座預金 3 その他				
	信用組合	出張所						
	農 協	支所						
	金融機関コード	店舗コード						
	フリガナ							
	口座名義人							

注意：この申請書に、領収書（自己負担分）及び福祉用具のパフレット等を添付してください。「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。