様式第3号(第6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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（受領委任用） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | フリガナ |  | | | 保険者番号 |  | | | | | 1 | 1 | 2 | 4 | 0 | 9 |  | |
| 被保険者氏名 |  | | |
| 被保険者番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | 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 | | | | 購入日 | | | | | | | | | |
|  | |  | 円 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
|  | |  | 円 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
|  | |  | 円 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 支給申請額 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | |
| （あて先）幸手市長  　　上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任の支給を申請します。支給決定額は、下記の口座に振り込んでください。  　　　　　　年　　月　　日  　　　住所  　申請者  事業所名　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  代表者職氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 振込先 | 銀行名等 |  | 支店名 |  | 種目 | 1普通　2当座 | | | | | | | | | コード |  | コード |  | 口座番号 | |  |  |  |  |  |  |  | | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | 口座名義人 |  | | | | | | | | | | | |   　　市確認欄   |  |  | | --- | --- | | ・要介護／要支援 | ・限度残額：　　　　　　　円 | |  | ・給　　付：　　　　　　　円 | | * 割負担 | ・自　　己：　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |