

様式第1号（第3条関係）

小川町介護保険福祉用具購入費受領に関する委任状及び同意書

年 月 日

小川町長 あて

委任者 氏 名（被保険者） _____ 印

住 所 _____

商 品 名 _____

福祉用具購入費の受領について下記の者に委任します。当該支給について不支給の決定を受けたときは、すみやかに事業者に代金の不足分を支払います。

記

年 月 日

小川町長 あて

受任者 事業者名 _____

代表者名 _____ 印

所 在 地 _____

電話番号 _____

福祉用具購入費の受領について同意します。

なお、小川町介護保険福祉用具購入費受領委任払い制度に基づき、私が受ける福祉用具購入費については、下記の口座に振り込んでください。

当該支給について不支給の決定があったときは、代金の不足分を被保険者から受領します。

介護保険法等関係法令を遵守し、違反事項があった場合はすみやかに受領額の返還に応じます。

受領額振込先 債権者コード _____

※債権者コードを記入した場合、下記の記入は不要です。

金融機関名 _____

支 店 名 _____

預 金 種 別 _____ 普通・当座

口 座 番 号 _____

フリガナ
口 座 名 義 _____

様式第2号（第4条関係）

小川町介護保険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	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女								
住所	〒 小川町			電話番号										
①	指定販売事業者名				事業者番号									
	商品名（品番）	種目※	製造事業所名		購入金額				購入年月日					
					円				年	月	日			
	専門的知識を有する者	職種			氏名									
	福祉用具が必要な理由													
②	指定販売事業者名				事業者番号									
	商品名（品番）	種目※	製造事業所名		購入金額				購入年月日					
					円				年	月	日			
	専門的知識を有する者	職種			氏名									
	福祉用具が必要な理由													
③	指定販売事業者名				事業者番号									
	商品名（品番）	種目※	製造事業所名		購入金額				購入年月日					
					円				年	月	日			
	専門的知識を有する者	職種			氏名									
	福祉用具が必要な理由													
<p>小川町長 あて</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を受領委任払いにて申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>申請者 事業者名 (事業者) 代表者氏名</p> <p style="text-align: right;">☎ 電話番号</p>														

※種目は、次の番号で記入してください。

①腰掛便座 ②特殊尿器 ③入浴補助用具 ④簡易浴槽 ⑤移動用リフトのつり具の部分

※「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。

注意 この申請書には、次の書類を添付してください。

- (1) 委任状及び同意書
- (2) 請求書（様式第3号）
- (3) 領収書写し（介護保険適用額のうち自己負担額を明記のこと）
- (4) 福祉用具サービス計画書の写し
- (5) パンフレット等

様式第3号（第4条関係）

請 求 書

小川町介護保険福祉用具購入費（受領委任払い）として、下記のとおり請求いたします。

年 月 日

小川町長 あて

請求者 住 所
事業者名称
代表者氏名

印

請求金額				円
被保険者氏名		被保険者番号		
販 売 額		自己負担額 (割)	保険給付額 (割)	
	円	円	円	

※利用限度額は、10万円までです。