

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、すみやかに事業者へ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 _____

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							
		個人番号							
	生年月日		要介護度等						
認定有効期間	～								
住所	電話番号								
福祉用具名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売 事業者指定番号	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日					
(TAISコード)			円	年 月 日					
(TAISコード)			円	年 月 日					
(TAISコード)			円	年 月 日					
福祉用具が 必要な理由									
<p>小川町長 あて</p> <p>前のとおり、関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>申請者 所在地 事業所番号</p> <p>(受領委任事業所) 事業所名 電話番号</p> <p>代表者氏名</p>									
<p>上の事業所に居宅介護（予防）福祉用具購入費の請求及び受領を委任します。</p> <p>被保険者氏名</p>									

- 注意
- ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の福祉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。
 - ・この申請書には、次の書類を添付してください。
 - (1) 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（様式第1号）
 - (2) 請求書（様式第3号）
 - (3) 領収書の写し（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。