

### 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

# フリガナ義名座

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												
小川町長 あて 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。													
年 月 日 所在地 申請者 事業者名 （事業者） 代表者氏名													
㊞ 電話番号													

※種目は、次の番号で記入してください。

- ①腰掛便座 ②自動排泄処理装置の交換可能部分 ③排泄予測支援機器 ④入浴補助用具
- ⑤簡易浴槽 ⑥移動用リフトのつり具の部分 ⑦スロープ ⑧歩行器 ⑨歩行補助つえ

※「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の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	円

※利用限度額は、10万円までです。