

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														
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



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。