

様式第2号(第5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(委任払い用)

フリガナ			保険者番号	3	3	6	6	6	9
被保険者氏名			被保険者番号						
			個人番号						
生年月日	年	月	日	性別	男・女	負担割合	1割・2割・3割		
要介護度	支・介()	有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日					
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			
添付書類	<input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 理由書 <input type="checkbox"/> カタログ等 <input type="checkbox"/> 請求明細書 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 請求書								
<p>美咲町長 様</p> <p>上記のとおり、受領委任払いにて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を受けたいので関係書類を添えて申請します。</p> <p>なお、支給決定通知書の内容について、事業者にも知らせることを了承します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 (被保険者)</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>電話番号 () -</p>									