

香取市福祉用具購入費等(特定福祉用具)受領委任払い支給申請書

フリガナ	カトリ タロウ		被保険者の情報を記入してください				2	3	6	6
被保険者氏名	香取 太郎		被保険者番号				9	9	9	9
			個人番号				9	9	9	9
生年月日	明・大・ 昭	〇〇年 △月 □日	被保険者の個人番号を記入してください。記入し、預かる場合、マイナンバー委任状を添付してください。							
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇		香取市△△×××番地				電話番号 ××-××××			
要介護状態区分	要介護2									
認定有効期間	〇〇年 △月 □□日 から ●●年 ▲月 ■■日 まで									
購入品目等についての情報を記入してください			購入金額 (被保険者自己負担分)		購入日					
商品名	販売指定事業者名		1,500 円		〇〇年 △月 □日					
種目名 腰掛便座	製造事業者名 ●●●●株式会社									
商品名 腰掛便座A型 KIG-010	販売指定事業者名 福祉ショップ●●		自己負担額(一割、二割又は三割分)の金額を記入		年 月 日					
種目名	製造事業者名									
商品名	販売指定事業者名		円		年 月 日					
種目名	製造事業者名									
商品名	販売指定事業者名		円		年 月 日					
種目名	製造事業者名									
商品名	福祉用具が必要な理由を記入してください		円		年 月 日					
種目名	製造事業者名									
福祉用具が必要な理由	膝の持病により移動が困難なため。寝室での排泄を行うため									
香取市長様			再度、被保険者の氏名等を記入、押印してください。なお、氏名については被保険者の直筆で記入してください							
上記のとおり関係書類を添えて福祉用具購入費			〇〇年 △月 □□日							
申請者 (兼受領委任者)	住所	香取市佐原口2127								
	氏名	香取 太郎				電話番号 ××-××××				
受領受任者	住所	〒 289-0393 香取市羽根川38				登録番号 9 9 9 9				
	事業者名	福祉ショップ●●								
	代表者名	代表取締役 小見川				代表者印 電話番号				

注意事項

1 この申請書の上に、

受領受任者(登録事業者)の住所・名称・代表者名等の記入および代表者印を押印してください

事前登録を行った際の登録番号を記入してください

2 「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。

3 「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。なお、欄内に記載が困難な場合は、別紙に記入のうえ、申請書に添付してください。

4 特定福祉用具販売指定居宅サービス事業者で購入した場合に限り支給されます。

5 受領委任者への支払いは、事業者登録時に登録いただいた口座へ振込みになります。