

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(受領委任払用)

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---|--------|----------------|----|-------|---|---|---|---|
| ふりがな | | | 保険者番号 | 名護市 | 4 | 7 | 2 | 0 | 9 | 2 |
| 被保険者氏名 | | | 被保険者番号 | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 | | | | |
| 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 (販売金額) | | 購入日 | | | | |
| | | | | 円 | | 年 月 日 | | | | |
| | | | | 円 | | 年 月 日 | | | | |
| | | | | 円 | | 年 月 日 | | | | |
| 福祉用具が 必要な理由 | | | | | | | | | | |
| <p>名護市長 様</p> <p>上記のとおり必要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申請します。 なお、本申請に基づく給付金の受領については、下記の事業者委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>被保険者住所 電話番号</p> <p>被保険者氏名 印</p> | | | | | | | | | | |

この申請書による上記被保険者の給付金の受領について、当事業者が受任することを承諾します。
なお、給付金については、名護市へ事前に届け出た口座に振り込んでください。

| | | | | |
|-----|--------|---|------|--|
| 事業者 | 事業者所在地 | | | |
| | 事業者名称 | 印 | 電話番号 | |
| | 代表者氏名 | | 登録番号 | |