

別記第3号様式（第5条関係）

音更町介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）

フリガナ										
被保険者氏名	保険者番号	0 1 6 3 1 1								
	被保険者番号									
生年月日	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			購入年月日					
		円			年 月 日					
		円			年 月 日					
		円			年 月 日					
福祉用具が 必要な理由										
「確認者」 指定居宅介護 支援事業者等 ()に資格を記入 してください	〒	事業者番号								
	住所 名称 () 氏名									
<p>音更町長 宛て</p> <p>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申請します。 なお、この申請による給付費の受領に関する権限を下記事業者に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>【委任者】</p> <p>住所</p> <p>申請者（被保険者）</p> <p>氏名</p>										
受領委任払同意書										
<p>音更町長 あて</p> <p>上記の申請に係る居宅介護（介護予防）福祉用具購入費については、上記の被保険者からの委任を受け、受領することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>【受任者】 〒 電話番号 ()</p> <p>住所</p> <p>事業者名称</p> <p>代表者職氏名</p>										