

様式第1号（第3条関係）

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書  
（受領委任用）

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			
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
福祉用具が必要な理由			
安来市長 様			
上記のとおり福祉用具を購入したので、居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給の申請関係書類を添えて居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。			
年 月 日 申請者 住 所 氏 名			
注 意 委任状（様式第2号）、受領委任に関する確認書（様式第3号）、福祉用具購入品目の総費用額明細書、福祉用具購入に係る領収書及び購入した福祉用具を確認できるパンフレット等を添付してください。 「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。 欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。			

様式第2号(第3条関係)

委任状

年 月 日

安来市長 様

委任状 住 所  
被保険者番号  
氏 名

私が申請しました、介護保険給付費のうち福祉用具購入費につきましては、受領に関する一切の権限を下記受任者に委任します。

受任者の事業者名及び代表者名	事業者名 代表者名		
受任者の住所			
受任者の振込指定口座番号記入欄		銀行・金庫 信組・農協	本店・代理店 支店・出張所
	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人		

様式第3号(第3条関係)

受領委任に関する確認書

安来市長 様

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名			
生年月日	年 月 日		
住 所			
要介護状態区分			
認定有効期間			
購入費用 (保険給付対象分)	円	購入品目	

上記の被保険者の福祉用具購入費受領委任払制度利用につき、安来市介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費の支給に係る受領委任払制度取扱要綱第2条に規定する対象者の要件について確認し、販売事業者と必要な連絡調整を行うことについて同意します。

年 月 日

届 出 者  
(指定居宅介護支援事業所)

住 所  
事業所名  
電話番号  
介護支援専門員氏名