第４号様式（第４条関係）

(表)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任払支給申請書兼福祉用具販売証明書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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 | 年　　月　　日　生 | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | 購入日 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | 円 | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | 円 | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | 円 | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 要介護度 | | | | | | |  | | | | | | |
| 二本松市長  　　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、当該申請に係る給付費の受領については、下欄の受取人に委任します。  　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　住所  　　申請者　氏名（自署または記名押印）  (被保険者) 電話番号　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具販売証明書  年　　月　　日  　　二本松市長  　　　　　　　住所  　　受取人　　事業所名  (販売事業者) 代表者職氏名（自署または記名押印）  　　　　　　　電話番号　　　　(　　　)  　　　　　年　　月　　日付け承認番号第　　号にて受領委任払について承認を受けた特定福祉用具について、上記のとおり販売したので証明します。  　なお、特定福祉用具購入費の受領委任払分の給付が決定された後は、下記の口座に振り込んでください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 口座振込依頼欄 | | 銀行  信用金庫  信用組合  農協 | | | | | | 本店  支店  出張所 | | | | | 種目 | | | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 金融機関コード | | | | | | 店舗コード | | | | | 1　普通  2　当座  3　その他 | | | | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  |  | |  | |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　※　裏面の注意事項に留意の上、添付書類を添えて提出してください。

(裏)

《注意事項》

　①　承認を受けた内容に変更がない場合は、この申請書に次の書類を添付して提出してください。

　　ア　被保険者が支払った分の領収書

　　イ　販売事業者の受領委任分(保険給付予定額)に係る請求書

　②　承認を受けた内容に変更がある場合は、購入する前にあらかじめ受領委任払承認申請書を再度提出の上、変更の承認を受けてください。