

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書
兼 福 祉 用 具 販 売 証 明 書

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|--|--|-------|---------|-------|---|---|---|--|--|--|--|
| フリガナ | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | 生 年 月 日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | | | | |
| | | | | | 性 別 | 男 | ・ | 女 | | | | | |
| 住 所 | 〒 会津坂下町 | | | | | | | | | | | | |
| | 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 額 | | 購 入 日 | | | | | | | |
| | | | | 円 | | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | |
| | | | | 円 | | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | |
| | | | | 円 | | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | |
| <p>会津坂下町長</p> <p>上記のとおり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。 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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 (被保険者)氏名</p> <p>電話番号</p> <p>⑩</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center;">福 祉 用 具 販 売 証 明 書</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>会津坂下町長</p> <p style="text-align: center;">(所在地)</p> <p style="text-align: center;">受取人 (事業者名)</p> <p style="text-align: center;">(販売事業者) (代表者職氏名)</p> <p style="text-align: center;">(電話番号)</p> <p style="text-align: right;">⑩</p> <p>令和 年 月 日承認番号 により受領委任払いについて承認を受けた介護保険居宅介護（支援）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。</p> | | | | | | | | | | | | | |

注意事項

- 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。
 - 被保険者が支払った分の領収証
 - 販売事業者の受領委任分（保険給付予定額）に係る請求書
- 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い承認願書を再度提出し、変更承認の手続きをしてください。