

様式第1号（第2条第1項関係）

せたな町介護保険福祉用具購入費受領委任払承認申請書

年 月 日

せたな町長 様

申請者 住所
(被保険者) 氏名 印
電話番号

介護保険の福祉用具購入費について、受領委任払制度を利用したいので、次のとおり申請します。

フリガナ			
被保険者氏名			
生年月日	大正・昭和	年	月 日
被保険者番号		要介護状態区分	
購入予定事業者	所在地 名称		
福祉用具名			
購入予定金額	円		
福祉用具が必要な理由			
備考			

添付書類

- (1) せたな町介護保険福祉用具購入費受領委任払に係る同意書（様式第2号）
- (2) 購入を希望する福祉用具の見積書及びパンフレット等の写し

様式第2号（第2条第1項関係）

せたな町介護保険福祉用具購入費受領委任払に係る同意書

年 月 日

せたな町長 様

事業者 所在地
 名 称
 代表者氏名 印
 電話番号

下記、介護被保険者の福祉用具購入に当たり、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費について受領委任払制度を利用することに、次のとおり同意します。

- 1 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を、下記の口座へ振込により、せたな町から受領すること。
- 2 被保険者に請求し、被保険者から受領する額は、福祉用具の購入に要する費用の額から居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の額を差し引いた額とすること。

記

フリガナ	
被保険者氏名	
住 所	

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 協同組合	本店 支店 支所 出張所
	預金種目	普通・当座・その他	口座番号
	フリガナ		
	口座名義		