様式第２７号（第１６条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（委任払い用）

年　　月　　日

南関町長　様

下記のとおり関係書類を添えて、当該申請書に基づく居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請及び給付費の受領に関する一切の権限を下記の事業者に委任します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ） |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | ㊞ | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　 年　　 月　　 日 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | **〒**電話番号　　　　　（　　　　）　 |
| 要介護度区分 | 要支援　１　２　　要介護　１　２　３　４　５ | 負担割合 | １・２・３　割 |
| 介護認定期間 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |
| 福祉用具名（種目及び商品名） | 製造事業社名及び販売事業社名 | 購入金額 | 購　　　入　　　日 |
|  |  | 円 | 年　　月　　日 |
|  |  | 円 | 年　　月　　日 |
|  |  | 円 | 年　　月　　日 |

|  |
| --- |
| （受領者記入欄：福祉用具販売事業者）　私は上記被保険者からの委任を受け、南関町から支給される上記支給申請内容に基づく居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。 |
| 事業者 | 年　　　月　　　日　**〒**住　　　所　　電話番号　　　名　　　称　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

※南関町記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 給付対象残額 |  | 購入費用 | 町支給額 | 自己負担額 |
| 円 |  | 円 | 円 | 円 |