

様式第4号（第6条関係）

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書兼福祉用具販売証明書

被 保 険 者	被保険者番号											
	フリガナ								生年月日	年	月	日
	氏名								性別	男	・	女
	住所											
											電話	()
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			年 月 日			
						円			年 月 日			
						円			年 月 日			
<p>大槌町長 様</p> <p>上記の通り関係書類を添えて居宅介護（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、下記の受取人に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者（被保険者）</p> <p>住所 電話 ()</p> <p>氏名 印</p>												
<p>福祉用具販売証明書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>												
<p>大槌町長 様</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">受取人 事業者名</p> <p style="text-align: right;">(販売事業者) 代表者職・氏名 印</p> <p style="text-align: right;">電話 ()</p> <p>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（予防）福祉用具について、上記のとおり販売したことを証明します。</p>												

(注)

- 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。
 - (1) 被保険者の自己負担額（被保険者が支払った分）に係る領収書
 - (2) 販売事業者が発行した保険給付予定額（受領委任分）に係る請求書
- 2 購入内容を変更する場合は、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。