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 |
| 大槌町長　　　　　　　　　　様  　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。  　　　　　年　　月　　日  　申請者（被保険者）  　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　（　　　）  　　氏　名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福 祉 用 具 販 売 証 明 書  年　　月　　日  大槌町長　　　　　　　　　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受取人　　事業者名  　　　　　　　　　　　　　　　　　（販売事業者）代表者職・氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話　　　　（　　　）  　　　　　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。 | | | | | | | | | | | | | | | | |

（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。