

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</p>											
<p>福祉用具販売証明書</p> <p>年 月 日</p>											
<p>大槌町長 様</p> <p>住所</p> <p>受取人 事業者名</p> <p>(販売事業者) 代表者職・氏名</p> <p>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)

- 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。
  - 被保険者の自己負担額（被保険者が支払った分）に係る領収書
  - 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
- 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。