

介護保険 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書(受領委任払用)

フリガナ	クマモト カイゴ		保険者番号	4 3 1 0 0 7									
被保険者氏名	熊本 介護		被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
			個人番号										
生年月日	昭和3年 1月 1日		要介護度等	要介護1									
認定有効期間	令和4年 1月 1日 ~ 令和4年 12月 31日												
住 所	〒861-8601 熊本市中央区手取本町1番1号 電話番号 096-328-2311												
福祉用具名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売 事業者指定番号	製造事業者名及び 販売事業所名	購 入 金 額	購 入 日									
入浴用いす (入浴補助用具、ユクリア〇〇) (TAISコード:11111-111111)	(株) 〇〇〇 (437△△△△△△△)	□□□製作所	20,000円	R5年 4月 1日									
(TAISコード:)			円	年 月 日									
(TAISコード:)			円	年 月 日									
福祉用具が 必要な理由	福祉用具が必要な理由を記入ください。 記入欄が足りない場合は申請書裏面に記入ください。 *記入内容の詳細は熊本市HPをご参照ください。												
熊 本 市 長 様 上記のとおり、熊本市介護保険福祉用具購入費受領委任払いに関する実施要綱の規定を遵守した上で、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。 R5 年 4 月 3 日 〒 861-8601 事業者番号 437△△△△△△△ 所在地 熊本市△区□□ ○番○号 申請者 事業者名 (株) 〇〇〇 電話番号 096 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (受領委任事業者) 代表者氏名 □□ △△													
上の事業者に居宅介護（予防）福祉用具購入費の申請手続き及び受領を委任します。 また、熊本市から支払われる福祉用具購入費の請求を熊本市介護保険課長(同課長に事故があるときは、同主幹)に委任します。 被保険者名 熊本 介護													

- 注意
- 受領委任払いの申請に関しては、「熊本市介護保険福祉用具購入費受領委任払いに関する実施要綱」の規定を確認の上で、申請してください。
 - この申請書の裏面に領収書、福祉用具のパフレット等を添付してください。
 - 「福祉用具が必要な理由」については、個々の福祉用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。
 - 添付書類は申請書へ貼り付けずに提出してください。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	介護	銀行	福祉	本店	種 目	口 座 番 号								
		信用金庫		支店										
		農 協		()										
	金融機関コード		支店コード		1 普通									
	1	2	3	4	5	6	7	2 当座預金						
							3 その他							
							()	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ		カ) 〇〇〇											
	口座名義人		(株) 〇〇〇											