様式第３３号（第２９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(受領委任)

(　　　　年　　月分)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | 性別 | | | | | 男・女 | | | 保険者番号 | | | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | | | | |  | |  | |  | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | 個人番号 | | | | |  |  |  | |  | |  | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | 購入金額 | | | | | | | | | | | 購入日 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 南相馬市長  　関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。  　また、この請求に基づく給付金の受領を以下の者に委任します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　住所  　申請者  　　　　　氏名　　　　　　　　　　印　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受取人の氏名及び事業所名 | (事業所名)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受取人の住所 | 〒  　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振替依頼書 | 銀行  信用金庫  信用組合  農業協同組合 | | | | | | 本店  支店  出張所 | | | | | 種目 | | | | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1普通預金  2当座預金 | | | | | |  | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |  | |
| 金融機関コード | | | | | | 店舗コード | | | | |
|  |  | |  |  | |  | |  |  | |
|
| フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパン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、裏面に記載するか、別紙に記載し添付してください。

　　・保険料を完納されていない方で、支払方法の変更により償還払い給付となっている方は受領委任による給付はできません。また、市の基準に該当しない場合は受領委任を行うことはできません。