介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 | |  | | | | | | 0 | | 1 | 4 | 2 | 3 | 3 |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | 性別 | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | |
| 住　　　　所 | 〒　　　　－  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 南幌町長　様  　上記のとおり関係書類を添えて介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領委任払いを申請します。  　なお、当該支給額の受領については、下記事業者に委任します。  　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　南　　　線西　　　番地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　南幌町　　　　　丁目　　番　　号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者  （委任者）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記委任の件、承諾しました。  　なお、当該支給額については、すでに届出済みの登録口座に振り込みください。  　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受任者　事業者名  　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |