

居宅介護（予防）福祉用具購入費・住宅改修費受領委任払い適用承認申請書

フリガナ		保険者番号					1	4	3	6	2	8
被保険者氏名		被保険者番号										
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女						
住所	〒 電話番号（ ）											
大井町長様 居宅介護（予防）福祉用具購入費・住宅改修費の支給につきまして、次の事業者を代理人として給付金の受領の権限を委任し、受領委任払い適用承認の申請をいたします。 令和 年 月 日 申請者 住所 氏名 (被保険者との関係) 電話番号（ ）												
受任事業者	事業者名											
	代表者											
	住所	〒 電話番号（ ）										
福祉用具名（種目名及び商品名） 又は住宅改修内容		製造事業者及び販売事業者名 (住宅改修の場合は記入不要)		販売金額（総額） 改修金額（総額）		うち利用者負担額						
				円		円						
				円		円						
				円		円						
合 計				円		円						

この申請書に次の書類を添えて提出して下さい。

(1) 見積書 (2) 工事内訳書 (3) 図面等 (4) カタログの写し等 (5) 住宅改修が必要な理由書
(福祉用具購入にあつては(2)、(3)、(5)を住宅改修にあつては(4)を除く)

記入例

居宅介護（予防）福祉用具購入費・住宅改修費受領委任払い適用承認申請書

フリガナ	オオイ タロウ		保険者番号	1 4 3 6 2 8									
被保険者氏名	大井 太郎		被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
生年月日	明・大・ 昭 20年 4月 1日生		性別	男 ・ 女									
住所	〒258-0019 足柄上郡大井町金子△△番地 電話番号 0465 (〇〇) ××××												
大井町長様 居宅介護（予防）福祉用具購入費・住宅改修費の支給につきまして、次の事業者を代理人として給付金の受領の権限を委任し、受領委任払い適用承認の申請をいたします。 令和 年 月 日 申請者 住所 足柄上郡大井町金子△△番地 氏名 大井 一郎 (被保険者との関係) 長 男 電話番号 0465 (〇〇) ××××													
受任事業者	事業者名	株式会社 介護サービス											
	代表者	介護 一郎											
	住所	〒258-0019 ▲▲市★★27-1 電話番号 0465 (▲▲) 〇〇〇〇											
福祉用具名（種目名及び商品名） 又は住宅改修内容			製造事業者及び販売事業者名 (住宅改修の場合は記入不要)			販売金額（総額） 改修金額（総額）			うち利用者負担額				
手すりの取り付け(玄関・廊下)						100,000 円			円				
						円			円				
						円			円				
合 計						100,000 円			円				

この申請書に次の書類を添えて提出して下さい。
(1) 見積書 (2) 工事内訳書 (3) 図面等 (4) カタログの写し等 (5) 住宅改修が必要な理由書
(福祉用具購入にあつては(2)、(3)、(5)を住宅改修にあつては(4)を除く)