

別記第1号様式（第4条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払い申出書

被保険者氏名		被保険者番号													
住 所	〒											電話番号	—	—	
砂川市長 様 要介護被保険者等の居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給に係る受領委任払いの適用を申出します。 年 月 日 住 所 申出者 氏 名															
福祉用具購入の内容（個々の用具ごとに）															
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									
費用額合計	円		うち被保険者負担分					円							

砂川市長 様

上記の保険給付につきましては、砂川市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入及び住宅改修費受領委任払い実施要綱第4条の規定により、当該保険給付費の受領を下記の者に委任したので届け出ます。

年 月 日

住 所
 委任者
 氏 名
 住 所
 受任者
 氏名又は
 事業者名

口座振込 依頼欄	銀 行 ()		本・支店 ()		種 目	口 座 番 号						
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金 2 当座預金 3 その他							
	フリガナ											
	口座名義人											