

様式第1号（第4条関係）

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払申請書

被保険者番号		保険者番号		1	0	2	0	9	5
フリガナ				生年月日	明・大・昭 年 月 日				
氏名				性別	男 ・ 女				
住所	〒 藤岡市								
	電話番号								
購入 予定	福祉用具名 (種目名及び商品名)	販売事業所名及び 事業所番号			購入金額				
					円				
					円				
福祉用具が 必要な理由									
<p>(あて先) 藤岡市長</p> <p>上記のとおり居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を受領委任払で行うことについて承認を得たいので、関係書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 (被保険者)</p>									

注

- この申請書に同意書、購入予定の福祉用具のパンフレット等の写し及び見積書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、裏面に記載してください。

様式第3号（第4条関係）

福祉用具購入費受領委任払決定通知書

年 月 日

様 藤岡市長 閣

年 月 日付けの申請について、次のとおり決定したので通知します。

決定事項	<input type="checkbox"/> 承認する			
	<input type="checkbox"/> 承認しない			
	保険給付 予定金額	円	特記事項	