

フリガナ			個人番号																	
被保険者氏名			被保険者番号																	
生年月日	年 月 日生		性別	男 ・ 女																
住所	奈良県生駒郡三郷町																			
			電話番号																—	—
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	販売事業者名		購入金額		購入日														
		販売事業者番号																		
				円		年 月 日														
				円		年 月 日														
				円		年 月 日														
福祉用具が必要な理由 (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 に記載して下さい。)																				
三郷町長 様																				
三郷町介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費受領委任払制度実施要綱第 4 条の規定により、上記の とおり申請します。また、福祉用具購入費の支給額を下記の口座に振り込んで下さい。																				
年 月 日																				
申請事業者																				
住所																				
名称																				
代表者氏名																				
電話番号																				

- ※添付書類 (1) 福祉用具購入費等受領委任払制度取扱委任状及び確約書（第 2 号様式）
- (2) 被保険者負担分の領収書
- (3) 福祉用具のパフレット等当該製品の詳細が分かるもの
- (4) その他町長が必要と認める書類

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所		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											

※町記入

給付対象費用額

(円) ×

給付率

／ 1 0 0 = (円) 支給

×

／ 1 0 0 = (円) 自己負担

領収書	パンフレット	要介護区分	委任状及び確約書	決裁欄				
		要介護・要支援		部長	課長	主幹	課長補佐	担当者