

様式第7（第8条関係）

大口町介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費受領委任払い申請書

介護保険被保険者番号									
要介護度	認定有効期間			年 月 日～ 年 月 日					
フリガナ									
被保険者氏名									
住 所						電話番号			
福祉用具購入費					円				
福祉用具名 （種目名及び商品名）									
年 月 日									
大口町長様									
<p>介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給について、別添のとおり関係書類を添えて、下記の福祉用具販売事業者を受領委任することの承認を得たいので申請します。</p> <p>申請者氏名 ㊟</p>									
介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費受領委任払い同意書									
年 月 日									
大口町長様									
<p>上記のとおり申請者が介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費給付を利用するにあたり、申請者に便宜を図るため、介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費受領委任払いに同意します。</p> <p>福祉用具販売事業者 名 称 代表者名 所在地 電話番号</p>									