様式第35号の3（第29条関係）

介護保険居宅介護(介護予防)特定福祉用具購入費支給申請書(受領委任払用)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 |  | | | | 保険者番号 | | |  | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | | | |
| 被保険者番号 | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 | | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | 性別 | | 男 ・ 女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事前承認申請 | | 有　　　　　・　　　　　　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 野洲市長　　　　様  　上記のとおり関係書類を添えて介護保険居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費の支給を  申請します。  　　　年　　　月　　　日  　　　　　　住所  　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　）  　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意・この申請書の裏面に、領収書（自己負担額分）、介護保険居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費請求書・代理受領委任状（様式第35号の4）、販売事業所が発行した証明書、購入した福祉用具のパンフレット等概要がわかる書類を添付してください。