

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費 受領委任払 申請書

交野市長 宛														
介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費に係る受領権を、下記の事業者委任することについて、下記のとおり申請します。														
年 月 日														
フリガナ				被保険者番号										
被保険者氏名				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>										
生年月日	年 月 日													
購入金額	円	自己負担額	円	受領委任申請額										
本年度内の用具購入履歴	品目() 購入金額(円) *必ず購入前に高齢介護課へ確認して下さい。													

福祉用具販売事業者の同意書兼口座振込依頼書

交野市から支給される被保険者_____様に係る福祉用具購入費の受領については、私が被保険者から委任を受け、受任することに同意します。
 なお、支給金額については、交野市の審査を経て対象と認められた額となることを承知します。
 また、支給にあたっては、下記の金融機関に口座振込みされるよう依頼します。

年 月 日

事業所名	所在地			
	名称	印	電話番号	
	代表者	印	本件担当者	
	介護保険指定事業者番号			

口座振替依頼欄	銀行	本店	口座の種類	口座番号					
	信用金庫	支店	1 普通預金						
	信用組合	出張所	2 当座預金						
フリガナ									
口座名義人									