

福祉用具購入費受領委任払承認申請書

(フリガナ)			保険者番号	丹波篠山市	2	8	2	2	1	0
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0	0			
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生									
住所	(〒 ー)									
福祉用具販売事業者名										
福祉用具が必要な理由										
受領委任払制度を利用する理由										
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					
				円	年 月 日					
				円	年 月 日					
				円	年 月 日					
<p>上記の福祉用具を購入するにあたり、福祉用具購入費を受領する権限を当該福祉用具販売事業者 に委任することについて承認を受けたいので、上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>丹波篠山市長 様</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名</p> <p>電話番号 () ー</p>										
受領委任払に係る福祉用具販売事業者の同意欄										
<p>上記の被保険者が貴保険者に請求する福祉用具購入費の受領権限について、当施設が受領するこ とに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(受任者)所在地</p> <p>名称</p> <p>代表者名</p>										
(注) 申請には、当該福祉用具のパフレット 及び見積書を添付してください。				保険者記入欄	<input type="checkbox"/> 承認する <input type="checkbox"/> 承認しない					