

別記様式第 1 号（第 4 条関係）

榛東村介護保険特定福祉用具等購入費受領委任払い承認申請書兼同意書

フリガナ		保険者番号																			
被 保 険 者 氏 名		被保険者番号																			
生 年 月 日	年 月 日																				
住 所	〒 電話番号																				
特定福祉用具等を必要とする理由			特定福祉用具等の名称																		
予定購入費用	円																				
（あて先）榛東村長 上記のとおり介護保険による特定福祉用具等の購入をしたいので、関係書類を添えて受領委任払いの承認を申請します。なお、特定福祉用具等の購入をしたときは、当該購入費の請求及び受領に関する権限を下記の事業者委任します。また、事業者との間で異議等が生じた場合は、双方で責任を持って解決します。 年 月 日 住 所 氏 名											申請者（被保険者）										
榛東村長 様 上記申請者に係る特定福祉用具等の販売をしたときは、当該購入費の請求及び受領に関する権限を委任されることに同意します。 年 月 日 住所又は所在地 事業者名 代表者氏名 電話番号											事 業 者										