様式第8号(第9条関係)

介護保険受領委任払請求書

　下記のとおり請求します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　大石田町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

請求金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | 被保険者番号 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 備考 | 福祉用具購入費全額　　　　　　　　　　円のうち自己負担分　　　　　　　　　　　円、受領委任払請求額　　　　　　　　　　　円 |

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先金融機関 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　銀　　行農　　協信用金庫信用組合 | 　　　　　　　　　　本店（所）支店（所）出張所　 |
| 金融機関コード | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 預金種目 | 1.普通預金　　2.当座預金　　3.その他 |
| 口座番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義人 | 　 |

※上記の口座は登録してある口座情報を記入してください。振込先に変更がある場合は「介護保険福

祉用具購入費受領委任払取扱事業者登録変更届出書（様式第4号）」を合わせて提出してください。