

受領委任払い用

第2号様式(第3条関係)

被保険者→保険者(町)

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費・住宅改修費受領委任届出書

フリガナ			保険者番号			1	4	4	0	1	4
被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		性別	男 ・ 女							
住所	〒 電話 ()										
愛川町長 殿 保険給付の支給について、次の事業者を代理人に定め、その受領の権限を委任します。 年 月 日 住 所 申 請 者 (被保険者) 氏 名 電話 ()											
所在地 事業者名 受任事業者 代表者名 電 話 ()											
福祉用具名（種目名及び商品名） 住宅改修の内容・箇所			製造事業者名及び販売事業者名 (住宅改修の場合は記入不要)				購入予定金額（総額） 改修予定金額（総額）				
							円				
							円				
							円				
							円				
合 計							円				

※次の書類を添付してください。

福祉用具購入の場合：見積書、カタログの写し等、購入が必要な理由書

住宅改修の場合：見積書、工事内訳書、図面等、改修が必要な理由書、工事予定箇所の写真
(承諾書：被保険者本人の持ち家の場合は不要)

※住宅改修を行う住宅の所有者が被保険者（申請者）でない場合には、住宅の所有者に次の欄に記入してもらう必要があります。

年 月 日

氏 名

被保険者氏名（申請者）	
住 宅 の 所 在 地	愛川町
改 修 箇 所 等	