

様式第5号(第5条関係)

おむつ購入指定店(変更)届出書及びおむつ購入費代理受領届

				区 分	
				新規・変更	
フリガナ		被保険者 番 号			
被保険者 氏 名		生年月日	年 月 日		
住 所	〒 電話番号 ()	性 別	男 ・ 女		
指定するおむつ取扱店の事業所名		事業所の所在地			
		〒	電話番号 ()		
事業所を変更する場合の事由等		※事業所を変更する場合のみ記入してください。			
		変更年月日 年 月 日			
氷川町長 様 上記のおむつ購入指定店において購入したおむつ購入費の給付費受領を委任します。 年 月 日 被保険者 住 所 氷川町 電話番号 () 氏 名					
保 険 者 確 認 欄	<input type="checkbox"/> 受給者資格				
	<input type="checkbox"/> 届出の重複				
	<input type="checkbox"/> おむつ購入指定事業者番号				

(注意)

- ① この届出書は、要介護認定の申請時若しくはおむつ購入指定店が決まり次第速やかに氷川町役場福祉課介護保険係へ提出してください。
- ② おむつ購入指定店を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず町に届け出てください。届出のない場合、購入に係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- ③ 被保険者氏名欄及び事業者欄には必ず押印ください。

※この届出書を役場福祉課介護保険係へ提出する際は、介護保険証及びおむつ購入費受給資格認定証(様式第4号)をご持参ください。

※変更届を提出される場合は、既に届出中の事業者と取引終了年月日を確認し、その終了月の翌月に提出してください。