

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）

フリガナ		保険者番号	392068			
被保険者氏名		被保険者番号				
生年月日	年 月 日	性別	男・女			
住所	〒					
	電話番号					
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			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
保険給付対象額①	円					
申請者負担額①×()	円 (円未満の端数は切り上げ)					
福祉用具が 必要な理由						

須崎市長 様

上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。
また、当該申請に基づく給付費の受領に関する権限を下記の事業者委任します。

年 月 日

申請者 住所 電話番号
(受領委任者) 氏名 印

注意・申請者負担額欄は、利用者負担割合証を確認し、1割の場合は①×0.1（負担割合証に記載の負担割合に応じて変わります。）の額を記入して下さい。

- ・この申請書に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付して下さい。
- ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載して下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

上記被保険者に係る当該給付費の受領権を受任することに同意します。なお居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給にあたっては、下記の口座に振り込んで下さい。

事業者 (受領委任者)	住所	電話番号				
	事業者名					
	代表者名	印				
口座振替 依頼欄	銀行 金庫 農協	本店 支店 支所	種目	口座番号		
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他			
	フリガナ					
	口座名義人					