

介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書

受領委任

フリガナ		保険者番号		3	4	2	0	3	0
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女			
住所	〒 電話番号								
福祉用具種目 (品目及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業所名	購入金額		購入日					
		円		令和 年 月 日					
		円		令和 年 月 日					
		円		令和 年 月 日					
購入金額合計		保険給付費 (1円未満は切り捨て)			利用者負担額 (1割・2割・3割)				
円		円			円				
福祉用具が 必要な理由	介護支援専門員								
竹原市長 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)福祉用具購入費の支給を申請します。なお、その受領の権限を下欄の事業者に委任します。 年 月 日 申請者 住所 (被保険者) 氏名 印 電話番号									
受取人 所在地 (事業者) 事業所名 代表者氏名 印 電話番号 上記の受領の権限を受任しました。なお支払いについては、下記の口座に振り込んでください。									
口座振替 依頼書	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所		種目		口座番号			
	金融機関コード	店舗コード(店番)		1. 普通預金					
				2. 当座預金					
				3. その他					
	フリガナ								
	口座名義人								
添付書類	<input type="checkbox"/> 購入した福祉用具が記載されているパンフレット等の写し <input type="checkbox"/> 領収書(被保険者宛) ※但し書きへ商品名と購入費の全額を記載してください。								

注意 ・「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ください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。