

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						
フリガナ		2. 当座預金							
口座名義人		3. その他							

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。