

介護保険居宅介護(介護予防)特定福祉用具購入費支給申請書(受領委任用)

フリガナ 被保険者氏名			保 険 者 番 号						
			被保険者番号						
生 年 月 日	年 月 日生		性 別	男・女					
住 所	〒								電話番号
福 祉 用 具 名 (種目名及び商品名)	特 定 福 祉 用 具 販 売 事 業 者 名 及 び 販 売 事 業 者 番 号			購 入 金 額		購 入 日			
				円		年 月 日			
				円		年 月 日			
				円		年 月 日			
福 祉 用 具 が 必 要 な 理 由									
<p>(あて先) 高 浜 市 長</p> <p>上記のとおり関係種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、当該申請に基づく居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請及び給付金の受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者(兼受領委任者)</p> <p>住所</p> <p>氏名</p> <p>電話番号 印</p>									
受取人の氏名 及び事業者名	印								
	事業者名								
受取人の住所	〒								電話番号 ()
口 座 振 込 依 頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合		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		1 普通預金				
					2 当座預金				
					3 その他				
	フリガナ								
	口座名義人								

注意・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。

- ・「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。