

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		0	1	5	7	8	4
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 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)	製造事業者及び販売事業者名 (事業所指定番号)	購入金額	購入日						
①		円	年 月 日						
②		円	年 月 日						
③		円	年 月 日						
福祉用具が 必要な理由 (個々の用具 ごとに記入)									
<p>白老町長様</p> <p>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、上記申請に基づく給付金の受領については下記の者に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>氏名 Ⓜ 電話番号 ()</p>									
受取人の住所・氏名 (事業者名)	住所	電話番号 ()							

(注意)

1. 申請に必要な書類

- ① 支給申請書（様式第2号）（販売事業者の事業所番号を記載してください。） ② 受領委任に関する同意書（様式第3号） ③ 領収書原本
④ 請求書（様式第4号） ⑤ 当該福祉用具のカタログ等の写しを添付してください。

捨印

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	銀行	本店	口座種別	1 普通 2 当座 3 その他
	信用金庫	支店	口座番号	
	信用組合	出張所		
	金融機関コード	店舗コード		
フリガナ				
口座名義人				

※ 保険者確認欄

要介護認定度	要支援 ・ 要介護
保険料未納の有無	有 ・ 無

※ 保険者確認欄

支 給 額 計 算			確 認 者
支 払 額	自 己 負 担 額 (10 %)	支 給 額 (90 %)	
円	※ 円	円	

(※円未満切り上げ)

/ 台帳記入済