

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)

フリガナ							保険者番号	1 1 3 2 4 1					
被保険者氏名							被保険者番号						
生年月日	年 月 日生						性別						
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						
				円			年 月 日						
				円			年 月 日						
				円			年 月 日						
福祉用具が 必要な理由													
(あて先)三芳町長 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、この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 住所 三芳町 申請者・委任者 (被保険者) 氏名 印 電話番号													
上記申請者に係る福祉用具購入費の受領について同意します。 年 月 日 所在地 受任者(事業者)名称 代表者名 印 電話番号													

※注意 ・この申請書の他に、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ください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

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下さい。

口座振替 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													