

## 介護保険福祉用具購入費支給申請書 (受領委任払用)

( 特定福祉用具 ・ 特定介護予防福祉用具 )

フリガナ			保険者番号							
被保険者氏名			被保険者番号							
			個人番号							
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										
<p>上記のとおり、関係書類を添えて特定福祉用具（特定介護予防福祉用具）購入費の支給を申請します。                  なお、下記の者に上記申請に係る福祉用具購入費の受領に関する一切の権限を委任します。</p> <p style="text-align: center;">一 関地区広域行政組合管理者 殿</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏 名 (委任者) ⑩ 電話番号 ( )</p>										
販売事業者 (受任者)	所在地	〒		—		電話番号 ( )				
	事業者名称			代表者氏名	⑩					
	振込先 金融機関名	銀行 金庫 農協		支店名	本店 支店 支所					
	口座種別	普通 ・ 当座		口座番号						
	フリガナ									
	口座名義人									

注意 1 この申請書に、利用者負担額を示した領収書及び福祉用具のパフレット等を添付してください。  
 2 「福祉用具が必要な理由」欄は、個々の用具ごとに理由を記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。