

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任専用）

		承認番号		号	
被 保 険 者 氏 名			保 険 者 番 号		
(フリガナ)			0	7	2
			0	1	7
			被 保 険 者 番 号		
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日				
住 所	〒 電話番号 ()				
居宅介護（介護予防）支援事業所等					
給 付 申 請 額	円	種 目 名			
福 祉 用 具 が 必 要 な 理 由					
福島市長 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、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の申請および受領に関する権限を下記の者に委任します。 令和 年 月 日 委任者 住 所 (申請者) 氏 名					
受 任 者	住 所	電話番号 ()			
	事業所名				
	代表者名				
商 品 名	製 造 業 者 名	購 入 金 額	自 己 負 担 額	給 付 申 請 額	
			/	/	
合 計					

上記の居宅介護（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 金庫 組合	本 店 支 店・支 所 出 張 所	種 別	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						

〈備考〉

この申請書には、領収書及び福祉用具のパンフレット等を裏面に添付してください。

利用者負担金の領収書と福祉用具のパフレット類をこちらに添付してください。