

受領委任払い用介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

(フリガナ)		保険者番号		0	6	4	6	1	8
被保険者名		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 (種目及び商品名)	製造事業者及び 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	
----------------	--

遊佐町長 様
 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、当該申請に基づく保険給付の受領に関する権限を下記の受取人に委任します。
 平成 年 月 日
 申請者 住所
 氏名 印 電話番号

遊佐町から支給される上記被保険者に係る居宅介護(介護予防)福祉用具購入費について、私が被保険者から委任を受け受領することに同意します。なお、支給に当っては下記の口座に振り込んでください。
 住所 〒
 受取人 名称
 代表者名 印 電話番号

注意 この申請書に福祉用具のパンフレット等を添付してください。「福祉用具が必要な理由」について個々の用具ごとに記載してください。

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ください。

口座 振込み 依頼欄	銀行 農協 信用金庫	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			

○遊佐町記入欄

購入費用	対象費用	支給算定額	決 裁	課長	係長	係員
円	円	円				