

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	023622				
被保険者氏名				被保険者番号	0	0	0	0	0
				個人番号					
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女			
住所	〒 Tel.								
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業社名及び 販売事業社名			購入金額	購入日				
				円	令和	年	月	日	
				円	令和	年	月	日	
				円	令和	年	月	日	
購入金額合計				円					
福祉用具が 必要な理由									
<p>大鰐町長 山田 年伸 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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 〒 - 電話番号 ()</p> <p style="text-align: center;">氏 名 Ⓜ 本人との関係 ()</p>									

《注意》・納品書又は請求書、領収書及び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、別紙（任意の様式）に記載してください。
 - ・受領委任払いでの給付を希望する場合は別紙【受領委任払い届出書】を提出して下さい。
- ※受領委任払い届出書を提出した場合には、下記口座欄の記入は不要です。

◎ 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・農協 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				

※ 大鰐町記入欄

介護区分	有効期限	添付書類 等確認欄	保 險 料 納 付 状 況	支 給 決 定 金 額
	年 月 日 ~ 年 月 日	1 パンフレット 2 領収書	未納保険料 有・無 滞納保険料 有・無	円

※ 裏面も確認して下さい ※

〈裏面〉

表面の口座名義人が被保険者と異なる場合は、下記委任状も併せて記入してください。

委 任 状

大鰯町長 山田 年伸 殿

私は、介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を、下記の受取人に委任します。

令和 年 月 日

＜委任者＞

住所

氏名

⑩

＜受任者＞

住所

氏名

電話番号

(被保険者との関係:)

※代理人が申請する場合は、下記の委任状をご記入下さい。

委 任 状

大鰯町長 様

私は、介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給申請に関する権限を、下記の受任者に委任します。

令和 年 月 日

＜委任者＞

住所

氏名

⑩

＜受任者＞

住所

氏名

(被保険者との関係:)

※窓口で申請の場合、申請者、代理人の身分確認書類の提示をお願いします。