

介護保険 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払）

フリガナ				被保険者番号															
被保険者氏名				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																			
支払費用 合計	円	うち被保険者 負担分	円	うち受領委任 による請求分	円														
<p>比布町長 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。 また、当該申請に基づく福祉用具購入費給付金の受領に関する権限を下記の受取人に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 Tel ()</p> <p>申請者 氏名 印 本人との関係</p> <p>(兼受領委任)</p>																			

受取人住所 事業所名 代表者氏名	住所 〒 事業者名 代表者氏名 電話番号 ()	印
------------------------	-----------------------------------	---

※ ・この申請書の裏面に、領収証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、裏面に記載してください。

比布町記入欄

保険料納付状況	領収証確認欄	証明書類確認欄	備考
未納保険料 有・無 滞納保険料 有・無			