

介護保険居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費支給申請書 (受領委任払用)

フリガナ										
被保険者氏名	保険者番号									
	被保険者番号									
	個人番号									
生年月日						要介護度等				
認定有効期間	～									
住所	電話番号									
福祉用具名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売 事業者指定番号	製造事業者名及び 販売事業者名			購入金額	購入日				
(TAISコード)					円	年 月 日				
(TAISコード)					円	年 月 日				
(TAISコード)					円	年 月 日				
福祉用具が 必要な理由										
大里広域市町村圏組合管理者 宛 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護 (予防) 福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 〒 申請者 所在地 事業所番号 (受領委任事業所) 事業所名 電話番号 代表者氏名										
上の事業所に居宅介護 (予防) 福祉用具購入費の請求及び受領を委任します。 被保険者氏名										

注意 ・この申請書の裏面に領収証、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、個々の福祉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。
 給付費を以下の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協 ()		本店 支店 ()		種目		口座番号					
	金融機関コード		店舗番号		1 普通 2 当座預金 3 その他 ()							
	ゆうちょ銀行		記号				番号					
	フリガナ											
	口座名義人											

※広域使用欄

介護度/	給付履歴/ 回目 (残額	円)	滞納保険料/	負担割合/ 割	備考		
総費用額	円	保険適用見込額	円	被保険者支払額	円	支給額	円