

介護保険福祉用具購入費支給申請書 (受領委任払用)

フリガナ		保険者番号		1	9	2	0	5	4
被保険者氏名 (申請者)	印	被保険者番号							
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住所	〒								
福祉用具種目	製造事業者名	購入金額	購入日						
商品名	指定販売事業者名								
		円	年 月 日						
		円	年 月 日						
		円	年 月 日						
福祉用具が 必要な理由							福祉用具相談員名 印		
<p>山梨市長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を受領委任払いにて申請します。          なお、当該申請に基づく請求及び受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>									

受取人

住所	
事業者名・代表者氏名	印

- 注
- この申請書に、事業者の同意書、領収証、福祉用具サービス計画及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。
- 意
- 「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

被保険者区分	1号 ・ 2号			受領印		
要支援・介護度	支援1・支援2・介護1・介護2・介護3・介護4・介護5					
認定期間	年 月 日～			年 月 日		
滞納保険料等	無 ・ 有					
支給決定	対象費用額	円×	=	円		
	対象費用額	円×	=	円		
	対象費用額	円×	=	円		

