

フリガナ 被保険者氏名		被 保 険 者 番 号									
個 人 番 号											
生 年 月 日		明・大・昭 年 月 日					性 別		男 ・ 女		
被保険者住所		〒 電話番号（ ） －									
福 祉 用 具 名 (種目名及び商品名)		製 造 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											
登録事業者住所		〒 電話番号（ ） －									
登録事業者名称					登録番号						
福祉用具購入費用		給 付 対 象 額			利用者負担額			委 任 払 額			
		円			円			円			
浜田地区広域行政組合管理者 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、この申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領については、次の者に委任します。 年 月 日 申請者 住 所 (委任者) 氏 名 電話番号（ ） －											
登録事業者 住 所 (受任者) 事業所名 代表者名											

添付書類 ・購入した福祉用具のパフレット等
・領収書の写し（支払いの内訳を明記してあること）

介護保険福祉用具購入費受領委任払支給申請書

フリガナ 被保険者氏名									被保険者番号							
個人番号																
生年月日	明・大・昭 年 月 日								性別				男 ・ 女			
被保険者住所	〒															
電話番号（ ） —																
福祉用具名 (種目名及び商品名)				製造事業者名				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																
登録事業者住所		〒														
		電話番号（ ） —														
登録事業者名称								登録番号								
福祉用具購入費用		給付対象額				利用者負担額				委任払額						
		円				円				円						
浜田地区広域行政組合管理者 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、この申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領については、次の者に 委任します。 年 月 日 申請者 住 所 （委任者） 氏 名 電話番号（ ） —																
登録事業者 住 所 （受任者） 事業所名 代表者名																

添付書類 ・ 購入した福祉用具のパンフレット等
 ・ 領収書の写し（支払いの内訳を明記してあること）