

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 印 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）