

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）

フリガナ			保険者番号				
被保険者氏名			被保険者番号				
			個人番号				
生年月日	年 月 日		性別	男 ・ 女			
住宅の住所	〒 電話番号						
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名		購入金額		購入日		
	販売事業者名		利用者負担額				
			円		年 月 日		
			円				
			円		年 月 日		
			円				
			円		年 月 日		
			円				
支給申請額	購入金額 (上限 1 0 万円)		利用者負担額 (A × 0.1 ・ 0.2 ・ 0.3 円未満切り上げ)		支給申請額		
	A		B		A − B		
	円		円		円		
福祉用具が必要な理由							
(あて先) 笠松町長 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。 なお、支給に当たっては、受領を下記の者に委任します。 年 月 日 住 所 電話番号 申請者 氏 名 印							

注意・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

(あて先) 笠松町長	
上記の請求に対して支給される居宅介護（予防）福祉用具購入費の受領を受諾します。	
なお、支給に当たっては、受領委任払いに係る登録口座に振り込みしてください。	
年 月 日	
受領委任登録番号	
所 在 地	
受諾者	事業者名
	電話番号
	代表者氏名
	印