

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)

				個人番号												
フリガナ					保険者番号				2	7	3	4	1	7		
被保険者氏名					被保険者番号											
生年月日	明・大・昭 年 月 日生				性別		男 ・ 女									
住所	〒 電話番号															
福祉用具名 (種目名及び品目名)		製造事業社名及び 販売事業社名(番号)				購入金額			購入日							
		()				円			令和 年 月 日							
		()				円			令和 年 月 日							
福祉用具が 必要な理由																
忠岡町長殿 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申請します。 なお、その受領については、下記の者に委任します。 令和 年 月 日 申請者 住所 氏名 ⑨ 電話番号																
令和 年 月 日 住 所 受任者 事業所名 ⑨ 電話番号 代表者名																

注) ・ この申請書の裏面に、請求書(10割分)、領収書(1割から3割分)及び福祉用具のパンプ
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。

上記申請人について、購入の要件に該当すると認めます。

*担当する居宅介護支援事業者(担当する居宅介護支援事業者がない場合は記載不要)

所在地

事業者名

電話番号 ()

—

介護支援専門員氏名