

介護保険居宅介護（介護予防）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	酒々井町	1	2	3	2	2	4
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日		要介護度等							
認定有効期間	～								
住所	電話番号								

福祉用具名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売 事業者指定番号	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日
(TAISコード)			円	年 月 日
(TAISコード)			円	年 月 日
(TAISコード)			円	年 月 日

福祉用具が 必要な理由	
----------------	--

酒々井町長 様

前のお通り、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。

年 月 日

〒

所在地 事業所番号

申請者 事業所名 電話番号

(受領委任事業所) 代表者氏名

上の事業所に居宅介護（予防）福祉用具購入費の請求及び受領を委任します。

年 月 日 被保険者氏名 印

- 注意 ・この申請書に添えて、「領収書の原本及び写し（1～3割分・原本は確認後、お返しします）」、「福祉用具のパフレット等」を添付してください。
- ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の福祉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。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協 ()	本店 支店 ()	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗番号	1 普通 2 当座預金 3 その他 ()	
	ゆうちょ銀行	記号	番号	
	フリガナ			
	口座名義人			