

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 被保険者氏名		保険者番号		4	4	2	0	9	5
		被保険者番号							
生年月日	年 月 日	個人番号							
		自己負担割合	割						
住 所	〒 ー (電話番号)								
特定福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び販 売事業者名	購入金額（限度額10万円）	購 入 日						
		円	年 月 日						
		円	年 月 日						
		円	年 月 日						
特定福祉用具が 必要な理由									
豊後高田市長 様  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。 また、本申請に基づく福祉用具購入費の受領に関する権限を下記受任者に委任します。  年 月 日 申請者住所 氏名 (電話番号)									
受 領 受任者	住 所 〒 ー 事業者名 代表者名 (電話番号)								
口座 振替先	金融機関名	本店・支店・出張所	口座種別		口座番号				
	金融機関コード		店舗コード	1 普通預金					
			2 当座預金						
			3 その他						
	フリガナ 口座名義人								

※領収書及び特定福祉用具のパフレット等を添付してください。  
 ※特定福祉用具が必要な理由については、介護支援専門員等が個々の用具ごとに記載してください。  
 ※特定福祉用具購入にかかる自己負担分の領収書の写しを添付してください。

担当課 記入欄	給付決定			
	負担額	給付対象額	給付率	給付額
	円	円	/100	円