

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

受領委任払い用

（令和 年 月分）

フリガナ			保険者番号	0 9 2 0 5 6					
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		負担割合		1割・2割・3割	
住所	〒			電話番号		()			
福祉用具名	販売事業者名		購入金額		購入日				
製造事業者名	事業所番号								
			円		年 月 日				
			円		年 月 日				
			円		年 月 日				
福祉用具が必要な理由 (※1)									
記入者	事業所名				氏名	印			
鹿沼市長宛									
上記のとおり、関係書類(※2)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、当該申請に基づく申請書の提出及び支給の受領に関する一切の権限を、下記の受取人に委任します。									
令和 年 月 日 被保険者氏名 _____									
受取人	所在地	〒			電話番号 ()				
	販売業者名								
	代表者氏名	印							
上記居宅介護（予防介護）福祉用具購入費支給額を裏面の口座に振り込んでください。									

※1 「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別紙に記載してください。

※2 保険者証、領収証(原本)、福祉用具のパフレット等、販売証明書

添付書類等	受付	支給決定額（保険者負担額）	備考
<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> パフレット等 <input type="checkbox"/> 販売証明書 <input type="checkbox"/> 入院・入所中でないことの確認	月 日	円	

[裏面]

振込 口座 欄	金融機関コード				店舗コード			口座番号								
								種別	1 普通							
								種別	2 当座							
	銀行	信用金庫	信用組合	労働金庫	本店	支店	支所	フリガナ								
	農業協同組合						口座名義人									