

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)

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		4	3	2	0	4	7
	被保険者番号		0	0	0			
	個人番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女		
住所	〒		—		電話番号 ( )			
種目名	製造事業者名		購入金額		購入日			
細目名	販売事業者名							
商品名	指定事業者コード							
			円		年 月 日			
			円		年 月 日			
			円		年 月 日			
福祉用具が必要な理由								
荒尾市長 様 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費の支給を申請します。 なお、本申請書類の提出及び保険給付の受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。 また、本申請が減額支給又は不支給の場合には不足額を販売事業者に支払います。 年 月 日 申請者 住所 _____ 電話番号 _____ ( ) (被保険者) 氏名 _____ 印								

注意 ・この申請書に、領収証及び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。

居宅介護 (介護予防) 福祉用具費を下記の者が指定する口座に振り込んでください。

受取人の 住所 名称 代表者氏名	住所	〒	—	
	電話番号	( )		
	名称	_____		
	代表者氏名	_____ 印		

要支援1・2の方は、地域包括支援センターの確認印を受領後、介護保険係へ提出してください。

地域包括 確認印	
-------------	--