

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）

フリガナ	被保険者番号					0	0	0	0						
被保険者氏名	生年月日					受理番号									
	明治・大正・昭和 年 月 日														
住 所	郵便番号（〒675- 加古川市					連絡先TEL ()									
要介護度	認定有効期間		平成 年 月 日～平成 年 月 日												
販売事業者名	介護保険事業者番号														
購入内容	福祉用具商品名	種目 コード	福祉用具が必要な理由												
	製造事業者名														
	1		<input type="checkbox"/> 身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 再購入（以下に理由を明記） ()												
	2		<input type="checkbox"/> 身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 再購入（以下に理由を明記） ()												
3		<input type="checkbox"/> 身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 再購入（以下に理由を明記） ()													
種目コード一覧		1 腰掛便座	2 特殊尿器	3 入浴補助用具											
		4 簡易浴槽	5 移動用リフトのつり具部分												
加古川市長様 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、上記の保険給付費の受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。 平成 年 月 日 申請者住所 加古川市 (被保険者) 氏名 (印)															
上記申請者の居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を当事業者が受任することに同意します。 受領委任された居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。 受取人住所 電話番号 事業者名 () 代表者名 (印) (使用印鑑)															
登録番号															
口座振込 依頼欄	金融機関名		本支店名		種目	口座番号（右詰め）									
	銀行・信用金庫 農協・信用組合		支店 支所 出張所		普通 当座 貯蓄										
	フリガナ														
口座名義人															

(印)
申請者
捨印

※ 太枠内をすべて記入してください。
<市処理欄> ※この欄は記入しないでください。

① 購入日	平成 年 月 日	① 購入金額	円
② 購入日	平成 年 月 日	② 購入金額	円
③ 購入日	平成 年 月 日	③ 購入金額	円
事後申請日	平成 年 月 日	支給対象購入費用	円
支給決定年月日	平成 年 月 日	支給決定金額	円

受付印

