

別記様式第2号

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			被保険者番号												
被保険者氏名			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															
福祉用具名 (種目名及び商品名)				製造業者名及び 販売事業者名				購入金額				購入日			
								円				年 月 日			
								円				年 月 日			
								円				年 月 日			
福祉用具が 必要な理由															

清水町長 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。

また、当該申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請及び給付費の受領に関する権限を下記の受取人に委任します。

年 月 日

申請者（受領委任者）

住 所

氏 名

印

電話番号

清水町から支給される、被保険者 様にかかる上記申請内容に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領権限については、私が被保険者からの委任を受け、受領することに同意します。

所在地

受取人（福祉用具販売事業者）

名 称

代表者氏名

印

電話番号

注意 ・ この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。

・「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下さい。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）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依 頼 欄	銀 行 信 用 金 庫 農業協同組合				本店 支店 本・支所		種 目	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 (販売代表者の口座に限る)													