

様式第1号(第5条関係)

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	
			被保険者番号	
生年月日	年 月 日生			
住所	〒 電話番号			
福祉用具の種目 (商品名)	指定販売事業者名※ (製造業者名)	販売金額	被保険者負担額	購入日
()	()	円	円	年 月 日
()	()	円	円	年 月 日
()	()	円	円	年 月 日
福祉用具が 必要な理由				
磐田市長 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、 当該申請に基づく給付費の受領に関する権限を下記の者に委任します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 (印) 電話番号				
磐田市長 上記申請に基づく居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領に関する権限を申請者から委任を受 けることに同意します。なお、支給に当たっては、下記の口座に振り込んでください。 年 月 日 所在地 受任者 名称 代表者 (印) 電話番号				
口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所 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		

※ 受領委任払に関する契約をしている事業所で販売される特定福祉用具に限り対象となります。

- 添付書類 (1) 被保険者負担額の領収書
 (2) 福祉用具のパンフレット等

注 意 ・ 「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。

磐田市記入欄

保険料納付状況	サービス提供証明書確認欄	備考			
未納保険料 有・無		事業所番号			
滞納保険料 有・無					