

受領委任払い用介護保険 特定 (介護予防) 福祉用具購入費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名						保険者番号	2	3	2	1	3	2
生年月日	明・大・昭	年	月	日		被保険者番号	0	0	0	0		
住 所	〒 西尾市 電話 ー											
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	販売事業者名 (事業者番号)		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	裏面 (あり・なし)											
<p>西 尾 市 長 上記のとおり関係書類を添えて特定 (介護予防) 福祉用具購入費の支給を申請します。 また、上記申請に基づく給付費の受領に関する権限を下記の事業者委任します。 令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話 ー (被保険者) 氏名 (印) 相続人の場合は本人との関係 ※本人が署名しない場合は、記名押印してください。()</p> <p>上記申請者に係る福祉用具購入費の受領について同意いたします。 なお、特定(介護予防)福祉用具購入費は、下記の口座に振り込んでください。 令和 年 月 日</p> <p>所在地 電話 () ー 事業者 名称 担当者 (受任者) 代表者</p>												

口座振込依頼欄

銀行 信金・信組 農協・漁協	本店 支店 出張所	預金種目	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							

- ・この申請書の裏面に、領収証 (被保険者名義) 及び福祉用具のパン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、欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。
- ・申請時には、被保険者証をお持ちください。

市 記 入 欄	区 分	保険料 納付状況	領収証 確認欄	パンフレット 確認欄	被保険者 証確認	要介護度	備考
	1 一 般	未納保険料 有・無				要支援 1 要支援 2 要介護 1 要介護 2	
	2 支払方法の変更 3 給付額減額	滞納保険料 有・無				要介護 3 要介護 4 要介護 5	