

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			保険者番号			1	5	3	8	5	8
被保険者氏名			被保険者番号								
			個人番号								
生年月日			要介護度等								
認定有効期間	～										
住所	電話番号										
福祉用具名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売 事業者指定番号	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日							
(TAISコード )			円	年 月 日							
(TAISコード )			円	年 月 日							
(TAISコード )			円	年 月 日							
福祉用具が 必要な理由											
阿賀町長 様 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 所在地 事業所番号 (受領委任事業所) 事業所名 電話番号 代表者氏名											
上の事業所に居宅介護（予防）福祉用具購入費の請求及び受領を委任します。 被保険者氏名											

注意 ・この申請書の裏面に領収証、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、個々の福祉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。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協 ( )	本店 支店 ( )	種目	口座番号							
	金融機関コード	店舗番号	1 普通 2 当座預金 3 その他 ( )								
	ゆうちょ銀行	記号	番号								
	フリガナ										
	口座名義人										