

介護保険福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保険者番号	1 0 3 8 2 0					
被保険者氏名			被保険者番号						
			個人番号						
生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別	男 ・ 女					
住所	〒		電話番号						
入院(入所)	病院(施設)名		入院(入所)期間						
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名		購入金額	購入日					
				令和 年 月 日					
				令和 年 月 日					
				令和 年 月 日					
福祉用具が 必要な理由									
下仁田町長 様 上記のとおり関係書類を添えて福祉用具購入費の支給申請をします。 年 月 日 住所 申請者 氏名 ⑩ 電話番号									

注意・この申請書に領収書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。

受領に関する権限を下記口座名義人に委任します。

申請者氏名 ⑩

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所 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								

※町記入欄

限度額	円	介護度	
対象費用	円× /100	有効期限	
支給額	円	事業者指定	
備考			

介護保険福祉用具購入費受領委任払(変更)申請書兼同意書

被 保 険 者 番 号									
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

年 月 日

下仁田町長 様

下仁田町介護保険福祉用具購入費受領委任払実施要綱の規定に基づき、別紙介護保険福祉用具購入費支給申請書により申請する福祉用具購入費の受領等に関する権限を下記の者に委任します。

なお、同意書の記載内容に変更が生じた場合は、速やかに変更の届出を行うことを誓約します。また、施工事業者との間で異議等が生じた場合には、双方で責任を持って解決します。

申請者(被保険者) 住所 _____

氏名 _____ 印

年 月 日

下仁田町長 様

下仁田町介護保険福祉用具購入費受領委任払実施要綱の規定に基づき、当該申請に係る受領等に関することに同意します。給付費については、下記の口座に振り込んでください。

受領者 住 所 _____ 電話番号 _____

事 業 者 名 _____

代表者氏名 _____ 印

口座振込 依頼欄	銀行 信用金 信用組 農協	本店 支店 出張所 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 ()							
	フリカ`ナ									
	口座名義人									