様式第1号(第4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(受領委任払い用)

フリガナ		保険者番号	
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　　日生		
住所	〒 電話番号		

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	販売金額(税込) 利用者負担金額(税込)	購入日
		円 円	平成　年　月　日
		円 円	平成　年　月　日
		円 円	平成　年　月　日

販売金額合計(A)	円	支給申請金額(B)	円	利用者負担金額(A－B)	円

福祉用具が必要な理由	

大曲仙北広域市町村圏組合管理者　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。
私の上記申請に基づく給付費の受領に関する権限を、下記の事業者へ委任します。

平成　　年　　月　　日

住所

申請者　　電話番号　　(　　)

氏名　　印

注意　・この申請書に、領収証およ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。

事業者同意欄	上記申請者の居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領について同意します。 つきましては、登録口座に振り込んでください。 所在地 名称 代表者氏名　　印

＊ 介護保険事務所記入欄

申請番号	書類記載	領収書	写真 パンフ等	介護区分	給付品目	限度額内	審査結果	支給 不支給