

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)

本人記入欄	フリガナ											保険者番号				
	被保険者氏名											被保険者番号				
	生年月日	年			月			日				性別				
	住所											電話番号				
	福祉用具名 (種目名及び商品名)		販売事業者名 指定事業者番号				購入金額				購入日					
							円				年 月 日					
							円				年 月 日					
福祉用具が必要な理由																
(宛先) 伊奈町長 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。 年 月 日 住所 電話番号 申請者 氏名 ※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。																

注1 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。

注2 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。

注3 欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

本人記入欄	委任状														年 月 日			
	住所																	
委任者 氏名		※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。																
下記の事業者に、介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領を委任します。																		
事業者記入欄	上記の介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領委任について受諾します。																	
	住所																	
	事業者 事業者名																	
	代表者・職・氏名		※代表者が手書きしない場合は、記名押印してください。															

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

事業者記入欄	口座振替	銀行 信用金庫 信用組合				本店 支店 出張所				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						
依 頼 欄		フリガナ													
		口座名義人													

以下は、記入しないでください。

町 記 入 欄	給付制限	過去の利用	利用額計	対象額	支給額
	条該当	回	円	円	円