

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 被保険者氏名	保険者番号		3 9 4 1 1 4					
	被保険者番号							
	個人番号							
生年月日	年	月	日生	(性別) 男 ・ 女				
住 所	電話番号							
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名	販売事業者名	購入金額	購入日				
			円	. .				
			円	. .				
			円	. .				

( 福祉用具が必要な理由 )

津野町長様  
 津野町介護保険受領委任払制度実施要綱に基づき、上記の内容につき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。  
 なお、当該福祉用具購入費の支給に係る受領の権限については、次の当該福祉用具の購入に係る販売事業者  
 に委任します。  
 年 月 日

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 (被保険者)  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印 電話番号 \_\_\_\_\_

所在地  
 受任者 事業者名 \_\_\_\_\_ 印  
 (事業者) 代表者氏名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給に係る申請者から、当該申請に係る福祉用具購入費の支給についての受領の権限を受任しました。つきましては、当該福祉用具購入費の支給に際しては下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協・漁協	本店 支店 支所 出張所	種目 1 普通預金 2 当座預金 3 その他	金融機関コード	店舗コード
	フリガナ 口座名義人	口座番号			

- ※ 注意 ・ この申請書に、領収証及び見積書、福祉用具のパフレットの写し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。  
 ・ 訂正箇所がある場合は、必ず申請者ご本人の訂正印を押してください。

津野町記入欄	※この欄には記入しないでください。		
要介護状態区分 ( 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 )	認定有効期間 ( _____ ~ _____ )		
購入金額合計	円	支給額 (合計× )	円 (累計 円)