

受領委任払い用介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書

ふりがな 被保険者氏名	-----		保険者番号		0	1	2	1	1	2
			被保険者番号							
生 年 月 日	年 月 日									
住 所	〒 電話番号									
福 祉 用 具 名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販 売 事 業 者 名		購 入 金 額		購 入 日					
			円		年 月 日					
			円		年 月 日					
			円		年 月 日					
福祉用具が 必要な理由										
網 走 市 長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。 また、上記請求に基づく給付費の受領を、下記のとおり事業者委任します。 年 月 日 住 所 申請者（被保険者） 氏 名 電話番号										
当該申請に基づく福祉用具購入費の受領に関する権限を次の事業者委任します。 年 月 日 住 所 委任者（被保険者） 氏 名 上記申請者に係る福祉用具購入費の受領について同意します。 年 月 日 所在地 受任者（事業者）名 称 代表者名 電話番号 担当者名										

居宅介護（支援）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口 座 振 込 依 頼 欄 ※郵便局は 振込でき ません。	銀行 信用金庫		本店 支店		種目	口 座 番 号					
	金融機関コード		店舗コード								
	ふりがな 口座名義人		-----								

※注意・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。

・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

網走市記載欄	領収書確認	パンフレット確認
--------	-------	----------