

記入例

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	ヒノ ハナコ	保険者番号	132126
被保険者氏名	日野 花子	被保険者番号	0000123456
生年月日	明・大・昭 10年 4月 1日生	性別	男・女
住所	〒191-8686 日野市神明1-12-1 電話番号042（585）1111		
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
シャワーチェア	ABC株式会社 HINO介護用品	18,000 円	平成23年12月16日
		円	
		円	
購入金額 合計	18,000 円	うち支給申請額	円
福祉用具が 必要な理由	下肢筋力の低下により、浴槽内での立ち座り動作が困難なため必要。		
(あて先) 日野市長		支給申請額は、決定時に記入しますので、記入不要。	
上記のとおり居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を、関係書類を添えて申請しま また、上記申請に基づく給付金の受領に関する権限を、下記の受取人に委任します。 なお、この申請に関する決定通知の内容について、下記受取人に通知することに同意します。			
年 月 日		日付けは、提出時に記入しますので、記入不要。	
住所 日野市神明1-12-1			
申請者 (委任者) 氏名 日野 花子 電話番号042（585）1111			
住所 日野市日野本町8-1-1		事業者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
受取人 (受任事業者) 氏名 HINO介護用品 (代表者) 代表取締役 介護 太郎 印		電話番号042（123）4567	
口座振込 依頼欄 * 債権者番号 がない場合	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目
	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		登録番号がある場合は、	

市記入欄	給付制限状況 有・無	領収証確認	署名確認	備考
------	---------------	-------	------	----

注意・この申請書に、領収証・同意書・福祉用具のパ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。