

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	132126							
被保険者氏名			被保険者番号								
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				
購入金額 合計	円			うち支給申請額 円							
福祉用具が 必要な理由											
(あて先) 日野市長											
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す。 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											
住所											
申請者 (委任者)											
氏名											
電話番号（ ）											
債権者番号(登録がある場合)											
- - - - -											
事業者番号											
- - - - -											
住所											
受取人 (受任事業者) 氏名											
(代表者)											
印 電話番号（ ）											
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	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						
フリガナ 口座名義人											

市記入欄

自己負担割合	給付制限	領収証	署名確認	購入費残額	要介護度	認定有効期間
1割・2割・3割	有・無			円		年 月 日～ 年 月 日

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。