

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（請求書）

被保険者番号	0 0 0 0	個人番号	
フリガナ		生 年 月 日	性 別
被保険者氏名		明・大・昭 年 月 日	男・女
住 所	常滑市		
認定状況	介護度：	認定期間：	年 月 日～ 年 月 日
福祉用具名	購入金額 購入年月日	製造事業者名	販売事業者番号 販売事業者名
	円 年 月 日		
	円 年 月 日		
	円 年 月 日		
常滑市長 様 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。なお、購入費については下記の 1. 私本人名義の口座 2. 受領委任した福祉用具販売事業所の口座に振込んでください。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話（ ） -			

※本人名義の口座または受領委任した事業所名義の口座を記入して下さい。

口座振込依頼欄	銀行・農協 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	フリガナ	
			2. 当座	口座名義人	

※受領委任払いの場合は以下の申請欄に記入をお願いします。

受領委任払申請欄	私(甲)は、福祉用具販売事業者(乙)を代理人と定め、甲が有する福祉用具購入費の受領に関する権限について乙に委任します。なお、福祉用具購入費の委任払いによる受領について異議が生じても責任を持って両者が解決します。 年 月 日		
	被保険者(甲)	住所 氏名	印
	福祉用具販売 事業所(乙)	所在地 事業者名 代表者名	印

※保険者記入欄

給付実績	円	支給決定額	円
未納保険料	有 ・ 無	利用者負担額	円

