

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(受領委任払制度用)

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号	3 8 3 8 6 9					
	被保険者番号						
生年月日	明治・大正・昭和 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							
久万高原町長 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、当該申請に基づく請求及び受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号()							
注意・この申請書の裏面に領収書、福祉用具のパンフレット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。							
受取人							
事業所の名称 及び代表者							
事業所の所在地							
電話番号							