

別記様式第1号（第4条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）

フリガナ		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	大・昭 年 月 日生		要介護度						
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 販売事業者名	購入金額	購入日						
		円	年	月	日				
		円	年	月	日				
福祉用具が 必要な理由									
上三川町長 様 上記のとおり関係書類を添えて受領委任による居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の 支給を申請します。また、当該申請に基づく権限を下記の受取人に委任します。 年 月 日 (申請者) 住所 氏名 電話番号									
上記申請に係る居宅介護（介護予防）福祉用具購入費等の受領について同意します。 年 月 日 (受取人) 所在地 販売事業者 代表者氏名 電話番号									
居宅介護（介護予防） 支援事業所記入欄	事業所名		担当者 氏名						

注意 自己負担額領収書及び特定福祉用具のパフレット等を添付してください。

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

受領 委任払 口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 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			

保険者記入欄

確認日	年 月 日	支給決定額	円
歩行：	洗身：	座位保持：	移動・移乗：
立位：	排泄：	麻痺・拘縮：	調査実施日：
滞納：有・無			