

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	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											
福祉用具が 必要な理由																				
鹿児島市長 殿 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。 また、当該申請に係る介護給付費の受領について、下欄の受取人に委任します。 令和 年 月 日 申請者 住所 電話番号 - (兼受領委任者) 氏名 印																				

この申請書による上記被保険者の保険給付額の受領権限について、当事業者が受任することに同意します。

受取人 (同意欄)	住所	〒					電話番号				
	事業者名										
	代表者名										

受取人 (口座欄)	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														

- (注) 1 この申請書に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
 2 「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。

市記入欄	支給額	¥	備考		
	支給額	¥	介・支		
	支給額	¥	決定年月日		
	支給額	¥	年 月 日		

受付	
入力	
照合	