

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費受領委任払申請書

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号						
			被保険者番号						
			個人番号						
生年月日	年 月 日生		性別	男 ・ 女					
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		購入年月日				
			円		年 月 日				
			円		年 月 日				
			円		年 月 日				
福祉用具が 必要な理由									
<p>美 浜 町 長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 また、上記申請に基づく給付費の受領に関する権限を、下記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、下記受取人にも通知することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 申請者 氏名</p> <p>印 電話番号</p> <hr/> <p>住所 受取人 氏名</p> <p>印 電話番号</p>									

注意：・この申請書に領収書及び福祉用具のパ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、別様に記載した書類を添付してください。