

様式第1号(第5条関係)

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書(受領委任払用)

フリガナ		個人番号	
被保険者氏名		保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	被保険者番号	
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			
会津美里町長 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。 年 月 日 申請者 (受領委任事業者) 住所 _____ 名 称 _____ 代表者氏名 _____ 担当者氏名 _____ 電話番号 _____			
上記事業者に居宅介護(予防)福祉用具購入費の請求及び受領を委任しています。 被保険者氏名 _____			

居宅介護(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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所 支所	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								

※添付書類 □の中にチェックをいれてください。

<input type="checkbox"/> 福祉用具が必要な理由書 <input type="checkbox"/> 福祉用具のパフレット <input type="checkbox"/> 領収書の写し <input type="checkbox"/> 同意書
