

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払い支給申請書

フリガナ											保険者番号						2	2	2	0	7	5				
被保険者氏名											被保険者番号															
生年月日	明・大・昭 年 月 日生										介護度															
住 所	〒																				電話					
福祉用具名 (種目名および商品名)	製造事業者名 販売事業者名				福祉用具 購入費用額				請求額 (給付額)				利用 者 自己負担額				購 入 日									
					円				円				円				年 月 日									
					円				円				円				年 月 日									
					円				円				円				年 月 日									
					円				円				円				年 月 日									
合計額					円				円				円													
福祉用具が 必要な理由																										
<p>上記のとおり特定福祉用具購入費の支給を申請します。 なお、申請に係る特定福祉用具購入給付費の受領の権限を下欄の受任者に委任し、当該給付費の決定通知書を受任者に送付することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>富士宮市長</p> <p>申請者（委任者） 住 所</p> <p>氏 名</p> <p>電 話</p>																										
<p>上記の特定福祉用具の販売を行ったことを証明し、特定福祉用具購入給付費の受領の権限を受任しますので、登録届出済の口座に振り込んでください。</p> <p>福祉用具販売事業者（受任者） 所在地</p> <p>名 称</p> <p>代表者</p>																										

- 下記の書類を添付して提出してください。
- (1) 事業者を支払済の自己負担額分の記載がある領収書
 - (2) 福祉用具のパンフレット等
 - (3) その他必要と認めた書類

市記入欄

購入費用額	給付対象費用額	支給決定額	備 考
円	円	円	