

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

受領委任払い用

※太枠内は市で記入

フリガナ		被保険者番号		
被保険者名		購入日の負担割合		割
生年月日	年 月 日			
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	
		円	年 月 日	
福祉用具が必要な理由				
<p>(あて先) 小松市長</p> <p>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。 なお、当該申請に基づく給付金の受領に関する権限は下記の登録事業者に委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 ※署名又は記名・押印</p> <p>※ 注意 ・ この申請書の他に、①領収書 ②福祉用具のパンフレット 等を提出して下さい。 ・ 「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下さい。 欄内に記載が困難な場合は裏面に記載して下さい。</p>				

登録事業者	事業所住所 : 事業所名 : 代表者名 : 登録番号 :
-------	---

◆ 市記入欄

保険料納付状況	領収書確認欄	保険請求額計	備考	入力
未納保険料有・無		円		/
滞納保険料有・無		円		