

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					要 介 護 度 等									
認 定 有 効 期 間	～													
住 所	電話番号													
福 祉 用 具 名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売 事業者指定番号		製 造 事 業 者 名 及 び 販 売 事 業 者 名				購 入 金 額		購 入 日					
(TAISコード)							円		年 月 日					
(TAISコード)							円		年 月 日					
(TAISコード)							円		年 月 日					
福 祉 用 具 が 必 要 な 理 由														
習志野市長 宛て 前のとおり、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 所在地 事業所番号 (受領委任事業所) 事業所名 電話番号 代表者氏名														
上の事業所に居宅介護（予防）福祉用具購入費の請求及び受領を委任します。 被保険者氏名 印 ※本人自署の場合は押印不要														

注意 ・この申請書の裏面に領収証、福祉用具のパン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、個々の福祉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。
給付費を以下の口座に振り込んでください。

口 座 振 込 依 頼 欄	銀 行 信用金庫 農 協 ()		本 店 支 店 ()		種 目		口 座 番 号								
	金融機関コード		店舗番号		1 普通 2 当座預金 3 その他 ()										
	ゆうちょ銀行		記号						番号						
	フリガナ														
	口座名義人														

来庁者	受付者	在宅確認
-----	-----	------