

別 記

第1号様式（第4条第2項）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任専用）

フリガナ	ナラシノ タロウ	保険者番号	1	2	2	1	6	8		
被保険者氏名	習志野 太郎	被保険者番号	1	1	1	1	1	1	1	1
生年月日	明・大・昭 ○○年 ○月 ○日生	個人番号								
負担割合	△割									

住所	〒275-0000 習志野市□□○-○-○	電話番号	○○○-○○○-○○○○
----	--------------------------	------	--------------

福祉用具の種目	商品名 製造事業者名	事業者番号 登録販売事業者名	申請額	購入日
入浴補助用具	△△△ □□化成	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 ○○○株式会社	30,000円	○年○月○日

同一商品（スロープ、ロフトストランドクラッチ）を複数個購入する際、個数を追加で記入します。

事業者登録番号を記入します。

購入日は領収書の領収日をご記入ください。

必要な理由を忘れずにご記入ください。スロープ、ロフトストランドクラッチを複数個購入する場合は必要箇所などの記載により複数個必要な理由をご記入ください。（入りきらない場合、別紙等にまとめてください。）

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。

記入していただいた日付（購入日以降）で結構です。	○年 ○月 ○日
住所	習志野市□□○-○-○
申請者（被保険者）氏名	習志野 太郎

委任状	
習志野市長 宛て	○年 ○月 ○日
私は、次の者に、上記の居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を委任します。	
申請者（被保険者）氏名	習志野 太郎
受任者所在地	習志野市○○△-△-△
（登録事業者）名称	株式会社 習志野市
代表者氏名	習志野 花子
電話番号	○○○（○○）○○○○

必ず押印します。

必ず押印します。

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を次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	本店 支店 出張
	金融機関コード	店舗コード
	フリガナ 口座名義人	

介護給付費を振込させていただく受領委任先の口座情報をご記入ください。

来庁者

受付者

在宅確認