

様式第1号(第4条関係)

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		0	9	2	1	6	3
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女							
住所	〒		電話番号							
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名		購入金額	購入日						
福祉用具が 必要な理由										
<p>下野市長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて、受領委任払による居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。また、当該申請に基づく福祉用具購入費支給申請及び受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 印 電話番号</p>										
<p>年 月 日</p> <p>受取人 所在地 事業者名称 代表者氏名 印 電話番号</p>										

(注意事項)

この申請書には、下記の書類を添付してください。

- 自己負担額領収書
- 特定福祉用具のカタログの写し等