

## 介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払）

フリガナ			保険者番号	2 8 2 1 5 2										
被保険者氏名			被保険者番号											
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生	販売事業者番号											
資格	<input type="checkbox"/> 1号・ <input type="checkbox"/> 2号	要介護度		有効期間	～									
住所	〒 _____													
	三木市 _____													
												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							
種目名							円							
商品名							令和 年 月 日							
種目名							円							
商品名							令和 年 月 日							
種目名							円							
商品名							令和 年 月 日							
福祉用具が必要な理由		別紙のとおり（破損等により再購入する場合は、その状況が分かるもの）												
三木市長 様 上記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。 令和 年 月 日 〒 _____ 申請者 住所 _____ (被保険者) 氏名 _____ 電話番号 ( ) _____														

(備考) この申請書に理由書、福祉用具のカタログ、福祉用具サービス計画書、領収証等を添付してください。

受領委任された居宅介護（予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

受領委任払に係る委任状(様式第5号)を必ず添付してください。

口座振込依頼欄	金融機関名		本支店名		種目 1 普通 2 当座 3 貯蓄	口座番号 (右づめ)					
	金融機関コード		店舗コード								
	フリガナ								届出番号		
口座名義人											

市記入欄

収 受 印	保険料収納等状況 <input type="checkbox"/> 滞納無	生活保護状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	支給履歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	支給決定額(負担割合 割)			
決 裁 欄	起 案	課 内 合 議			係 長	課 長	