

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 被保険者氏名		保険者番号											
		被保険者番号											
生年月日	明・大・昭 生		性別	男 ・ 女									
住所	〒												
電話番号													
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名		購入金額		購入日								
			円										
			円										
			円										
合 計			円										

福岡県介護保険広域連合長 様

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。

年 月 日

申 請 者 住 所
名 称 ⑩
(受領委任事業者) 電話番号

福祉用具販売事業所の	受領委任契約番号										
	事業所番号										

上記事業者に居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の請求及び受領を委任しています。

被保険者氏名 ⑩

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

受 取 人 口座振込 依 頼 欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合 労 金		支店 支所	種目	口座番号							
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金							
					2 当座預金							
	口座名義カナ											

※ 口座番号等を変更される方は、届出してください。

福岡県介護保険広域連合(市町村) 記入欄

前回までの購入金額	今回の購入金額	今回までの通算金額
円	円	円

・要介護(支援)認定 ☐有 ☐無 ・滞納 ☐有 ☐無 ・給付額減額 ☐有 ☐無

※添付書類 ☐の中にチェックをいれて下さい。

☐承認決定通知書(写し) ☐領収書(原本)
☐パンフレット(写しで可) ☐納品が確認できる写真
(日付入)

福祉用具購入費受付番号