

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	コウイキ タロウ 広域 太郎	保険者番号	4 0 9 5 4 0									
		被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
生年月日	明・大・ <b>昭</b> 9年 9月 9日生	性別	<b>男</b> ・ 女									
住所	〒812-0044 福岡市博多区千代4-1-27						電話番号	092-0000-0000				
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									
入浴補助用具 シャワーチェア	□□□製作所/○○○○販売	50,000 円	平成30年4月5日									
		円	領収書記載日を 記入して下さい。									
		円										
合 計		50,000 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。

30年 4月 6日

申請者	住所	××市□□町...	株式会社 ○○○○ 販売
	名称	株式会社 ○○○○販売	
(受領委任事業者)	電話番号	092-□□□-□□□□	
福祉用具販売事業所の	受領委任契約番号	8 8 8 8	
	事業所番号	8 0 0 0 0 0 △ △ △ △	

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 広域 太郎 **広域**

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	×× <b>銀行</b> 農協 信用金庫 信用組合 労 金	千代	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	9 9 9 9 9 9	
	9 9 9 9 9 9 9	9 9 9 9	2 当座預金	9 9 9 9 9 9	
口座名義カナ		カ) マルマルマルマルハンバイ			

※ 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・滞納 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・給付額減額 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※添付書類 の中にチェックをいれて下さい。

<input type="checkbox"/> 承認決定通知書(写し)	<input type="checkbox"/> 領収書(原本)
<input type="checkbox"/> パンフレット(写しで可)	<input type="checkbox"/> 納品が確認できる写真 (日付入)

福祉用具購入費受付番号