様式第8号（第9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 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（受領委任事業者）

住　所

名　称

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

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
□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