

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具販売支給申請書

フリガナ 被保険者氏名			保 険 者 番 号				0	9	3	4	2	7
			被保険者番号									
生年月日	年 月 日生		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		年 月 日						
				円		年 月 日						
				円		年 月 日						
福祉用具が 必要な理由												
益子町長 様 上記のとおり関係書類を添えて、居宅介護（介護予防）福祉用具販売の支給申請をします。 年 月 日 申請者 住 所 (被保険者) 氏 名 電話番号												

- 注意 ・ この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
 ・ 「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。
 ・ 申請者欄には、被保険者の住所・氏名を記入してください。

居宅介護（介護予防）福祉用具販売支給額を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依 頼 欄	銀行 信用組合 農協				本店 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	
								3 そ の 他	
フリガナ 口座名義人									

※ゆうちょ銀行の場合は、店舗コード欄に「店番（数字３ケタ）」を記入してください。

委 任 状

益子町長 様

被保険者

住 所

氏 名

㊞

私は、福祉用具購入費・住宅改修費の受領を下記の者に委任します。

受 任 者

住 所

氏 名

㊞

（続柄）

口座名義人が被保険者と異なる場合は、上記の委任状に必要事項を記入してください。