

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費 支給申請書（受領委任用）

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		0 6 3 2 3 0					
	個人番号							
	被保険者番号							
生年月日	大・昭 年 月 日生	性別	男・女					
住 所	〒990- 朝日町大字		電話番号					
要介護区分等 認 定期間	<input type="checkbox"/> 要支援（1・2） （ 年 月 日 ～ 年 月 日）		<input type="checkbox"/> 要介護（1・2・3・4・5）					
福祉用具名 （種目名及び商品名）	製造時業者名及び 販売事業者名	購入金額 購入日	福祉用具が必要な理由					
		円 年 月 日						
		年 月 日						
購 入 金 額 合 計		円						
<p>朝日町長 殿</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費の支給を申請します。 また、当該申請に基づく給付費の受領に関する権限を下記の受取人に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>（被保険者）氏 名</p>								
登録事業者 （受取人）	<p>朝日町から支給される、被保険者 様に係る上記の申請内容に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費については、私が被保険者からの委任を受け、受領することに同意します。なお、支給にあつては、次の口座に振り込んで下さい。</p> <p>住 所 〒</p> <p>事業者名 電話番号</p> <p>代表者名</p>							
口座振替 依 頼 書	銀行 農協 信用組合	本店 支店 主張所	種目	口座番号				
	金融機関コード	店舗コード	普通預金					
	フリガナ 口座名義人							

町 記入欄

保険料納付状況	サービス 提供証明書 確認欄	備 考
未納保険料 有・無 滞納保険料 有・無		