

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			保険者番号	272278	
被保険者氏名			被保険者番号		
生年月日	明・大・昭・西暦		年	月	日
住所	〒 -		電話番号	()	
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名		購入日	総費用(保険対象額)	
	TAISコード			自己負担額(保険対象額)	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
給付制限の有無	有・無	負担割合	割	保険請求額	円
事業所番号			販売事業者名		

福祉用具が必要な理由



(宛先) 東大阪市長

上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領委任を申請します。また、私が介護保険で給付を受ける福祉用具購入費の受領権を下記に委任します。

年 月 日

住所

被保険者
(相続人代表者又は法定代理人)

氏名

同意書は法人の情報を記載してください。

サービス事業者の同意書

東大阪市から給付される上記被保険者様に係る福祉用具購入費の受領権限について、委任すること同意します。なお、支給にあたっては市に届け出た口座に振込払

法人名称を記載

事業者(法人)

東大阪市荒本北1-1-1

株式会社 東大阪市

代表者の役職・氏名を記載

名称

代表者 代表取締役 東大阪 太郎

電話番号 06 (4309) 0000

この申請書に、内容が分かる領収証(原本)及び福祉用具の写真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、裏面に記入してください。
- ・生活保護を受給されている方が申請される場合、販売事業者が生活保護法の指定を受けているか確認してください。

下記欄は記入しないでください。

介護度	
(支) 1・2 (介) 1・2・3・4・5	
～	
今年度購入済額	購入済品目

受付者	
確認者	
データ入力	

受付印