

様式第1号(第4条関係)

介護保険居宅介護(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			被保険者番号				
生年月日	年 月 日		性別	男 ・ 女			
住 所	〒						電話番号
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造業者名 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							
<p>枝幸町長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて、居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>また、当該申請に基づく居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請及び給付金の受領に関する権限を下記の受取人に委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 氏 名 電話番号</p> <p style="text-align: right;">印</p>							
<p>枝幸町から支給される上記申請者にかかる申請内容に基づく居宅介護(予防)福祉用具購入費の受領権限については、私が申請者からの委任を受け、受領することに同意します。</p> <p>所在地 事業者名 代表者名</p> <p style="text-align: right;">印 電話番号</p>							
口座振込 依頼欄	銀行 本店 信用金庫 支店		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							

(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。