



介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）

保険者番号	3	5	2	0	7	0	被保険者番号										
ふりがな								生年月日	年 月 日								
被保険者氏名								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	事業所名 ケアマネージャー氏名																
<p>下 松 市 長 様</p> <p>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。 なお、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の請求及び受領に関する権限を下記の特定福祉用具販売業者に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>印</p> <p>電話番号 ()</p>																	
<p>上記の申請に基づき、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を代理受領することについて、承諾します。</p> <p>年 月 日</p> <p>受任者（特定福祉用具販売業者）</p> <p>住所又は所在地</p> <p>名 称</p> <p>代表者氏名</p> <p>印</p> <p>電話番号 ()</p>																	

(注意) 領収証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。

決 裁	課長	補佐	係長	係員

要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
福祉用具購入費支給実績	なし・あり
金額	円
支給決定金額	円