



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	〒																
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																
下松市長様  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。 年 月 日 申請者 住所 氏名 印 電話番号 ( )																	
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。 年 月 日 受任者（特定福祉用具販売業者） 住所又は所在地 名称 代表者氏名 印 電話番号 ( )																	

(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 金額	なし・あり 円
<b>支給決定金額</b>	
円	