

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										
被保険者氏名			被保険者番号										
生年月日						要介護度等							
認定有効期間	～												
住所	電話番号												
福祉用具名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売 事業者指定番号	製造事業者名及び 販売事業者名		購入金額		購入日							
(TAISコード)				円		年 月 日							
(TAISコード)		福祉用具が必要な理由については 原則、契約している居宅介護支援事業所 のケアマネジャーが記入してください。 当該事業所と契約していない利用者のみ 他の有資格者が記入できます。		円		年 月 日							
(TAISコード)				円		年 月 日							
福祉用具が 必要な理由	(居宅介護支援事業所又は特定福祉用具販売事業所の名称) (記載者氏名)												
印西市長 前のとおり、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。 年 月 日 〒 申請者 所在地 (受領委任事業所) 事業所名 代表者氏名 受領委任払い 事業者登録番号 電話番号													
上の事業所に居宅介護（予防）福祉用具購入費の請求及び受領を委任します。 被保険者氏名													

注意 ・この申請書の裏面に領収証、福祉用具のパン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、個々の福祉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。
・居宅介護支援事業所と契約している場合は、購入前に必ず当該事業所と事前に協議を行ってください。
給付費を以下の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協 ()	本店 支店 ()		種 目		口 座 番 号							
	金融機関コード	店舗番号		1 普通 2 当座預金 3 その他 ()									
	ゆうちょ銀行	記号											
	フリガナ												
	口座名義人												