

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）

ふりがな			保険者番号				0	8	2	1	4	9
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	〒											
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① <small>※ 10万円を超える場合10万円を記載</small>		円		円		円						
自己負担額② <small>※ 1円未満切り上げ</small>		円		円		円						
支給申請額 (①-②)		円		円		円						
購入日		年 月 日		年 月 日		年 月 日						
福祉用具が 必要な理由												
<p>高萩市長 宛て</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。</p> <p>また、この申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領については、下記口座への振込を依頼します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>(兼受領委任者) 氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p style="text-align: right;">印</p>												
受取人の住所、事業所名、 代表者名及び口座振込先		事業所住所										
		事業所名										
		代表者名										
		金融機関		(名称)								
種目		1 普通		2 当座		口座番号						
フリガナ		口座名義人										

受領委任払承諾書

ふりがな		保険者番号							0	8	2	1	4	9
被保険者氏名		被保険者番号												
		生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女							
<p>高萩市長 宛て</p> <p>居宅介護（介護予防）福祉用具購入費 居宅介護（介護予防）住宅改修費 の支給について、次の事業者に、その受領に関する 権限を委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者住所 (兼受領委任者) 氏名 電話番号 印</p>														
<p>上記申請者から委任のありました事項について、承諾します。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地 受領委任払 承諾事業者 事業者名 代表者氏名 電話番号 印</p>														