

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）

被保険者番号																		申請年月日	年	月	日	
個人番号																						
フリガナ																	生年月日	年	月	日		
被保険者氏名																						
被保険者住所	〒																電話番号					

費目	<input type="checkbox"/> 居宅介護福祉用具購入費 <input type="checkbox"/> 居宅介護予防福祉用具購入費															
福祉用具が必要な理由	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画添付有 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画添付無 必要な理由： ..... ..... .....															
販売事業者名及び事業所番号																
福祉用具名（種目及び商品名）						購入金額					購入日					
						円					年 月 日					
						円					年 月 日					
						円					年 月 日					
合計	購入金額					円					※被保険者負担額は、購入金額合計に負担割合を乗じた金額（1円未満の端数切り上げ）を記入してください。					
	福祉用具購入費申請額					円										
	被保険者負担額					円										

(宛先) 江別市長  
 上記のとおり、介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。  
 また、上記申請に基づく給付金の受領方を下記に委任します。

年 月 日

申請者（委任者） 住所  
 氏名  
 電話番号

---

上記委任の件を承諾しました。  
 なお、当該給付費の支給については、福祉用具購入費等受領委任払取扱事業者届出書にて届け出た、登録口座に振り込みください。

年 月 日

受任者（受領者） 住所  
 氏名  
 電話番号

注意：

- この申請書に、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。
- 保険料を完納されていない方で、支払方法の変更により償還払給付となっている方は、受領委任払は、できません。