

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											
被保険者氏名	保険者番号										
	被保険者番号										
	個人番号										
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)					円			年 月 日			
(TAISコード)					円			年 月 日			
福祉用具が 必要な理由											
滝沢市長 様 前のお通り、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 〒 所在地 事業者番号 申請者 事業者名 電話番号 (受領委任事業者) 代表者氏名											
上の業者に居宅介護(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。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する											
	銀行 信用金庫 農協 ()	本店 支店 ()	種目			口座番号						
口座振込 依頼欄	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				番号						
	フリガナ											
	口座名義人											

滝沢市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費費用説明書【受領委任払い用】

(被保険者氏名)

様

滝沢市長 様

福祉用具購入に要した費用の内、購入者（被保険者）に対する請求額（自己負担額の見込額）及び滝沢市（保険者）に対する受領委任による支給申請額（居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の見込額）は、次のとおりです。

年 月 日

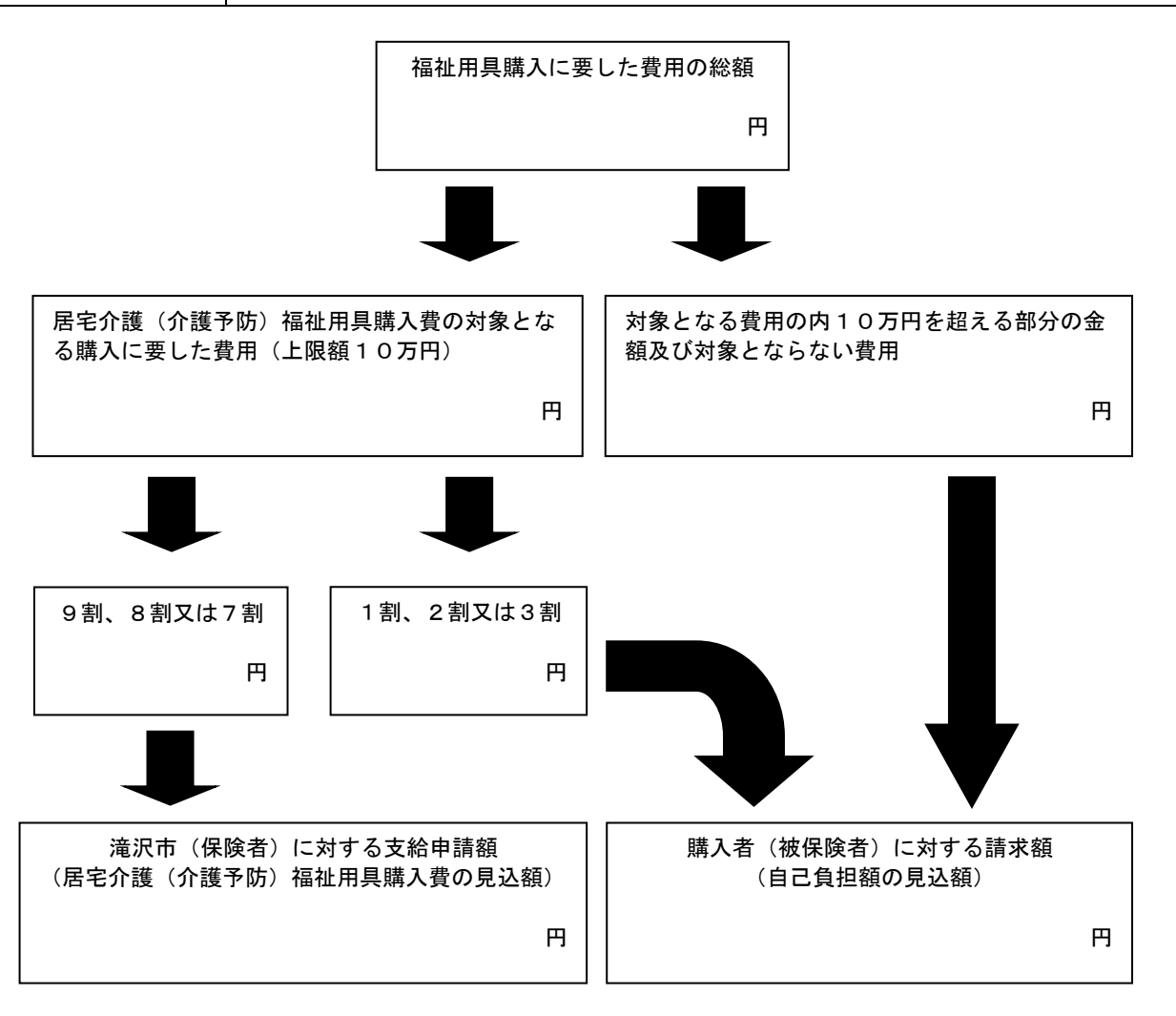
事業者（販売業者） 住所又は所在地
氏名又は名称
及び代表者氏名

印

福祉用具購入名

納入（予定）日

年 月 日



備考：この費用説明書は、販売事業者が2通作成し、購入者（被保険者）に交付してください。
購入者（被保険者）は、その内の1通を滝沢市（保険者）に提出してください。