

# 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						
			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									
中土佐町長様									
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	事業所番号							
(受領委任事業所)	事業所名	電話番号							
代表者氏名									
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。

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							