

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			2	2	2	2	5	7
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											
伊豆の国市長様											
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

- この申請書に伊豆の国市居宅介護福祉用具購入費等の支給に係る受領委任払取扱確約書、伊豆の国市居宅介護福祉用具購入費受領委任払請求書、領収証、見積書、福祉用具販売計画書（写し）及びパンフレット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。