

第5号様式(第7条関係)

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(受領委任払い用)

		個人番号			
フリガナ			保険者番号	1 5 2 1 8 1	
被保険者氏名			被保険者番号		
生年月日	年	月	日	認定 有効期間	年 月 日から
性別	男 ・ 女				年 月 日まで
住所	〒 電話番号				
福祉用具名 (種目名及び商品名)		製造事業者名及び 販売事業所		購入価格(10割)	購入年月日
				円	年 月 日
				円	年 月 日
				円	年 月 日
購入合計金額	円	利用者負担額	円	保険請求額	円
販売事業所名 (受領委任払い取扱登録販売所名)					五泉市登録番号
福祉用具が必要な理由					
<p>五泉市長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。なお、申請にかかる支給額の受領に関する権限を上記の販売事業所に委任します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>(委任者)</p> <p>氏名 印 電話番号</p>					

- (注) 1 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。
 2 「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。
 3 欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

保険者記入欄				
被 保 険 者 要 介 護 (支 援) 認 定 期 間				
年		月		日
年		月		日
被保険者要介護度		要支援	要介護	
申請回数	回目			