

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	152181		
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	要介護度	
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下記の者に委任します。また、支給額は下記口座へ振り込んでください。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>(委任者) 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ン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。

受任者 (販売事業所)		住所 事業者名		印	
				(五泉市登録番号)	
口座 振替 依頼欄	銀行 信金・信組 農協・労金	本店・支店 本所・支所	種目	口座番号	
	金融機関コード	店舗コード	1 普通 2 当座 3 その他		
	フリガナ				
	口座名義人				

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			

