

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

被保険者氏名 生年月日	フリガナ 明・大・昭 年 月 日生	保険者番号 2 7 2 1 3 8				
		性別 男・女				
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	販売事業者名	購入日			
(種目)			年 月 日			
購入金額		支給申請額		本人支払額		
円		円		円		
泉佐野市長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。また、当該申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費に係る給付費の受領に関する権限を下記の受取人に委任します。 年 月 日 住所 申請者 (被保険者) 氏名						
電話番号						
印						
受任者の同意書兼口座振込依頼書 泉佐野市から支給される上記被保険者に係る申請内容に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領権限については、私が被保険者からの委任を受け、受任することに同意します。なお、支給にあたっては下記の金融機関に口座振替払いをしてくださるよう依頼します。 (受任者) 所在地 事業者名 代表者氏名						
電話番号						
印						
口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	種目	口座番号		
	金融機関コード	店舗コード	1普通預金 2当座預金 3その他			
	フリガナ 口座名義人					

《保険者使用欄》

注意

※1 この申請書に、必要書類を添付してご提出ください。1つの福祉用具の支給申請1件につき、1枚の申請書が必要です。複数の福祉用具を購入された場合は、それぞれの福祉用具ごとにこの申請書を提出してください。

※2 太枠内は、誤りや漏れがないように全ての項目を記載してください。

口座登録	有・無	受付者
給付制限	無・有	
介護度		
負担割合	割()	
年度内実績	無・円	