

様式第5号（第6条関係）

介護保険福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）

フリガナ			保険者番号			
被保険者氏名			被保険者番号			
生年月日	年	月	日生	性別	男・女	
住所	〒 ー 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者名		購入金額	購入日		
			円	年 月 日		
			円	年 月 日		
			円	年 月 日		
合計金額			円			
利用者負担額 (1割)	円		保険給付額 (9割)	円		
販売事業者名(受領委任払取扱事業者名)				登録番号		
福祉用具が必要な理由						
<p>(あて先) 胎内市長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて介護保険福祉用具購入費の支給を申請します。 なお、支給額の支払いについては、別添の委任状の受任者販売事業者の口座へ振り込んでください。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 〒 ー</p> <p>申請者 電話番号（ ） 氏名 ⑩</p>						

- 【注意】 1 この申請書に、自己負担分の領収証、介護保険福祉用具購入費受領委任払いに関する委任状（様式第6号）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。