

介護保険福祉用具購入費受領委任払い支給申請書

フリガナ			被保険者番号						
被保険者氏名			個人番号						
生年月日	明・大・昭 年 月 日生								
住所	〒		電話番号 ()						
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び指定居宅 サービス(販売)事業者名		購入金額	購入日					
	(事業者番号)		円	年 月 日					
	(事業者番号)		円	年 月 日					
	(事業者番号)		円	年 月 日					
福祉用具が 必要な理由									
委任状									
鎌ヶ谷市長 様 介護保険福祉用具購入費受領委任払い実施要綱第8条第2項及び第3項の規定に基づき、申請及び受領に 関する権限を下記の者に委任します。									
委任者 (被保険者)	住所 氏名	〒		電話番号 ()					
受任者 (登録事業者)	所在地 名称 代表者氏名	〒		電話番号 ()					
鎌ヶ谷市長 様 下記のとおり関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請します。									
受任者 (登録事業者)	所在地 名称 代表者氏名	〒		電話番号 ()					
※添付書類 ・領収書及び福祉用具のパンフレット等 ・販売計画書（写） 福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。									
口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	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									

