

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		3	0	3	4	4	6
	被保険者番号		3	4	4			
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女					
住所	〒							電話番号
福祉用具名(種目及び商品名)	製造事業者名	購入金額	購入日					
		円	年 月 日					
		円	年 月 日					
		円	年 月 日					
合計金額		円	保険給付額 円					
			自己負担額 円					
<p>高野町長 様</p> <p>上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。 また、この申請に基づく給付費の受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号</p> <p>氏名 印</p>								
<p>受取人 上記被保険者から委託を受け、給付費を代理受領することに同意します。</p> <p>住所 電話番号</p> <p>事業者名</p> <p>代表者 印</p>								

※注意 この申請書の裏面に、被保険者が支払った自己負担額の領収証を添付してください。