

# 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任用）

|   |                           |                  |                 |        |                           |  |      |  |  |
|---|---------------------------|------------------|-----------------|--------|---------------------------|--|------|--|--|
| フリガナ  |                           |                  |                 | 保険者番号  | 012070                    |  |      |  |  |
| 被保険者氏名  |                           |                  |                 | 被保険者番号 |                           |  |      |  |  |
| 生年月日  | 明・大・昭 年 月 日 生             |                  |                 |        |                           |  |      |  |  |
| 住所  | 〒                         |                  |                 |        |                           |  |      |  |  |
| 電話番号  |                           |                  |                 |        |                           |  |      |  |  |
| 福祉用具名<br>(種目名及び商品名)   | 製造事業者名                    | 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  |                           |  |      |  |  |
|   |                           |                  | 円               | 年 月 日  |                           |  |      |  |  |
|   |                           | 合計(税込)           | 円               |        |                           |  |      |  |  |
| 福祉用具が必要な理由  |                           |                  |                 |        |                           |  |      |  |  |
| これまでの福祉用具<br>購入費支給申請の有無   | 有<br>無                    | 年 月 日申請<br>支給額 円 |                 |        | 年 月 日申請<br>支給額 円          |  |      |  |  |
| 帯広市長 様<br><br>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費に係る保険給付金の受領を下記の者に委任します。また、適正な保険給付を受けるために私の介護保険に係る情報を受任者に提供することに同意します。<br><br>年 月 日<br><br>申請者住所 (委任者)<br>氏名 印 電話番号 |                           |                  |                 |        |                           |  |      |  |  |
| 受任者(受領者)<br>住所<br>事業者名<br>代表者名  | 〒 電話番号                    |                  |                 |        |                           |  |      |  |  |
|   | 住所                        |                  | 名称              |        | 印                         |  |      |  |  |
| 受領者の<br>口座振込<br>依頼欄   | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農 協 |                  | 本店<br>支店<br>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<br>2 当座預金<br>3 その他 |  |      |  |  |
|   |                           |                  |                 |        |                           |  |      |  |  |
|   | フリガナ<br>口座名義人             |                  |                 |        |                           |  |      |  |  |

**注意** ・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具購入内訳書とパンフレットを添付してください。  
 ・「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。  
 ・「これまでの福祉用具購入支給申請の有無」等については、担当の介護支援専門員(ケアマネジャー)又は市役所介護保険課までお問い合わせください。

**市記入欄**

|     |       |      |     |     |        |
|-----|-------|------|-----|-----|--------|
| 受付日 | 支給限度額 | 申請履歴 | 介護度 | 領収証 | パンフレット |
|     |       |      |     |     |        |