

宿毛市介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書【受領委任払い用】

フリガナ	スクモ ハナコ	保険者番号		3	9	2	0	8	4				
被保険者氏名	宿毛 花子	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	2	3	4	
		個人番号											
生年月日	昭和 10 年 10 月 10 日生	性別	男・女										
住 所	〒 (788-8686) 宿毛市希望が丘 1 番地												
領収書の日付を記入してください。													
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								
補高便座 パット付補高便座 など。			アロン化成		年 月 日								
			福祉用具事業所〇〇 など		年 月 日								
福祉用具が 必要な理由	利用者の身体的状況などを含 め、詳しく記入してください。												
最終申請の日付を記入してください。 入院又は施設入所中の場合は、退院又は退所後 の日付を記入してください。													
介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 者に委任します。													
年 月 日													
申請者 住所 宿毛市希望が丘 1 番地													
電話番号													
氏名 宿毛 花子													
被保険者本人の氏名を記入してください。													
上記の申請日と同日の日 付を記入をしてください。													
した。 なお、当該和暦については、既に届出済みの登録口座にお振り込みください。													
年 月 日													
受任者 住所 宿毛市△△													
登録した特定福祉用具販売事業所の住所・ 名称・代表者名の方を記入してください。													
事業者(所)名 〇〇事業所													
電話番号													
代表者氏名 介護 太郎													

注意・この申請書に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。