

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具販売支給申請書

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		0		9		3		4		2		7	
	被保険者番号													
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					
福祉用具が 必要な理由														
益子町長 様														
上記のとおり関係書類を添えて、居宅介護（介護予防）福祉用具販売の支給申請をします。														
年 月 日														
申請者 住 所 (被保険者) 氏 名 ⑩ 電話番号														

- 注意 ・ この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパフレット等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。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。
 ・ 申請者欄には、被保険者の住所・氏名を記入してください。

居宅介護（介護予防）福祉用具販売支給額を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用組合 農協			本店 支店 支所			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												

※ゆうちょ銀行の場合は、店舗コード欄に「店番（数字3ケタ）」を記入してください。

委 任 状

益子町長 大 塚 朋 之 様

被保険者

住 所

氏 名

㊞

私は、福祉用具購入費・住宅改修費の受領を下記の者に委任します。

受 任 者

住 所

氏 名

㊞

(続柄)

口座名義人が被保険者と異なる場合は、上記の委任状に必要事項を記入してください。