

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払申請書

フリガナ	サツテ ハナコ	保険者番号	1 1 2 4 0 9									
被保険者氏名	幸 手 花 子	被 保 険 者 番 号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
生 年 月 日	昭和10年 1月 1日	性 別	男 女									
住 所	〒340-0114 幸手市東4-6-8 電話番号43-1111											
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 予 定 金 額								
(種目名)⇒腰掛便座、 (商品名)⇒ホ-タ-トルABC△△-□□		(製造事業者名)⇒□□工業、(販売事業者名)⇒△△△株式会社○○営業所		30,000円								
				円								
				円								
福祉用具が必要な理由	○○○のため（詳細に記入、別紙添付可）											
(あて先) 幸手市長												
上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任の支給について下記の業者に受領を委任することの承認を得たいので、申請します。												
記入しない→ 年 月 日												
住所 幸手市東4-6-8												
申 請 者												
氏名 幸手 花子 電話番号 43-1111												

注意 1 この申請書に、購入する福祉用具のパフレット等を添付して下さい。
2 「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領を下記のとおり委任します。

委任状	記入しない→ 年 月 日											
(委任者)住所	幸手市東4-6-8		氏名	幸手 花子		印	⇒スタンプ式印鑑は不可					
下記の業者に、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領を委任します。												
住所	幸手市権現堂4-6-8											
(業 者)事業所名	株式会社 権現堂工務店		電話番号	42-1234								
代表者職氏名	代表取締役 権現堂 正											
※介護保険の給付額については、被保険者からの委任に基づき、幸手市に対し所定の書類を添えて請求の上受領します。												

【注意】
押印が
必要です