

様式第9号（第10条関係）

介護保険福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）

フリガナ			保険者番号												
被保険者氏名			被保険者番号												
生 年 月 日	年 月 日		性 別		男 ・ 女										
住 所	〒														
電話番号															
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業所名及び販売事業者名		購入金額		請求額		購入日								
					円		年 月 日								
					円		年 月 日								
					円		年 月 日								
合計額															
福祉用具が必要な理由															
つくばみらい市長 様 上記のとおり関係書類を添えて介護保険福祉用具購入費の支給を申請します。 また、この申請に基づく介護保険福祉用具購入費の受領に関する権限については、次の受取人に委任します。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 電 話 ㊞															
受取人の住所、事業者名、代表者名及び口座振込先	〒		登録番号												
	住 所														
	事業者名		電話番号												
	代表者名		㊞												
	銀行		本店		種 目		口 座 番 号								
	信用金庫		支 店		普 通										
信用組合		出張所		当 座											
金融機関コード		店舗コード		その他											
フリガナ															
口座名義人															

注意 ・ この申請書に、領収証及び福祉用具のパフレット等添付してください。

・ 「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。