

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払い支給申請書

フリガナ			保険者番号		2	7	2	1	6	1
被保険者氏名 (甲)			被保険者番号							
			性別	男・女						
生年月日	明・大・昭	年	月	日生						
住所	〒									
	電話番号() -									
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 販売事業者名(乙)		購入金額		購入日					
			円		年 月 日					
			円		年 月 日					
			円		年 月 日					
			円		年 月 日					
総費用額			円		申請者負担額					
			円		円					
福祉用具が 必要な理由										
(宛先) 河内長野市長										
上記のとおり、関係書類を添えて介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払いの支給を申請します。										
年 月 日										
住所										
電話番号() -										
申請者 印										
(甲) 氏名										

注意事項

この申請書に自己負担分の領収書、パンフレット及び受領委任払い承認通知書（写し）を添付してください。

支給については、先に受領委任払いを承認いたしました販売事業者に直接支払いを行います。

区分	保険料納付状況	領収書	パンフレット	承認通知書	実績	備考
1 一般	滞納保険料 有・無					
2 支払方法の 変更	給付制限の有無					
3 給付額減額	有・無					