

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					
	生年月日 年 月 日生										
住所	〒 ー					電話番号 () ー					
購入種目	福祉用具名(商品名)	製造事業者			購入金額	購入日					
		販売事業者名(乙)									
					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
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 () ー 申請者 (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へ直接支払いを行います。

市(保険者)記入欄

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					
2 支払方法の変更	有・無					
3 給付額減額	給付制限の有無					
	有・無					