

介護保険福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		3	0	2	0	9	1
	被保険者番号							
生年月日	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								
<p>岩出市長 様</p> <p>上記のとおり、受領委任払いにて、介護保険福祉用具購入費の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者</p> <p>住所</p> <p>氏名</p> <p>電話番号</p>								

注意 ・この申請書に、利用者負担額に係る領収証、介護保険福祉用具購入費事前承認決定通知書（受領委任払い用）の写しを添付して下さい。