

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）

フリガナ				保険者番号	
被保険者氏名				被保険者番号	
				個人番号	
	生年月日				
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		介護支援専門 員又は福祉用 具専門相談員 の職氏名			
岩倉市長 殿 上記のとおり関係書類を添えて、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 なお、当該申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を下記の受取 人に委任します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号					
受取人 岩倉市受領委任払い取扱事業者番号 所在地 事業所の名称 代表者氏名 電話番号					

(注意) ・この申請書に、領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。  
 ・「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。欄内に記載  
 が困難な場合は、裏面に記載してください。

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	金融機関名		支店名		種目	口座番号					
	金融機関コード		店舗コード								
	フリガナ										
	口座名義人										