

石狩市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）

フリガナ												被保険者番号			
被保険者氏名															
												個人番号			
負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割														
福祉用具商品名	種類名				製造事業者名				販売事業者名						
購入金額				購入日				被保険者負担額（保険対象費用額×0.1、0.2又は0.3）							
円				年 月 日				円 (1円未満切り上げ)							
福祉用具が必要な理由															
福祉用具商品名	種類名				製造事業者名				販売事業者名						
購入金額				購入日				被保険者負担額（保険対象費用額×0.1、0.2又は0.3）							
円				年 月 日				円 (1円未満切り上げ)							
福祉用具が必要な理由															
介護支援事業所等名称					電話					支援専門員氏名					
石狩市長 様											年 月 日				
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。また、この申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の請求及び受領に関する権限を下記の者に委任します。															
申請者 (被保険者本人)	(住所)	〒													
	(氏名)					印	電話	() —							

注意 この申請書に、①領収書及び②福祉用具のパフレット等を添付してください。特定福祉用具を購入する際は、道の指定業者から購入してください。

委任を受けた事業者

請求及び受領を委任された事業者名及び代表者名	住所 事業者名 代表者名	〒														
															印	
上記被保険者にかかわる居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記口座に振り込んでください。																
口座振込 依頼欄	銀行 金庫 組合				本店 支店 出張所				普通預金 当座預金 ()				口座番号			
	フリガナ															
	口座名義人															

石狩市記入欄		決定年月日				受付		
上記申請に基づく福祉用具購入費の支給額を下記調書のとおり決定する。		年 月 日						
口座入力 <input type="checkbox"/>	調書	申請済額		円				
申請入力 <input type="checkbox"/>		今回申請額		円				
決定入力 <input type="checkbox"/>		今回支給額		円				
伝票No.	支払予定日		年 月 日					