

様式第1号(第5条関係)

介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書(受領委任払用)

フリガナ			個人番号												
被保険者氏名			保険者番号			3	3	2	1	3	0				
			被保険者番号												
生年月日	明・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>赤磐市長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p><input type="checkbox"/>居宅介護(支援)福祉用具購入費の申請手続きに関する権限を裏面の代理人に委任します。</p> <p>また、申請にあたり、私及び私の世帯全員の市民税課税状況を照会することに同意します。</p> <p>私の上記に基づく給付費の受領に関する権限を、裏面の事業者へ委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>(委任者) 電話番号 ()</p> <p>氏名</p>															

注意 ・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパ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(支援)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	銀行 農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号										
	金融機関コード		店舗コード	1 普通預金										
				2 当座預金										
			3 その他											
フリガナ 口座名義人														

【居宅介護（支援）福祉用具購入費の申請手続きに係る代理人】	
住 所	_____
氏 名	_____
代理人	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
連 絡 先	_____
続 柄	_____
【受領委任者】	
住 所	_____
事業者名	_____
代表者名	_____ 印 電話番号 ()

市確認欄	代理権	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の被保険者証 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他
	1点	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他
	2点	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> その他