護保険居宅介護	(介護予防)福祉用具購	入費支給	申請書(多	受領委任	公用)			
ナ		保険	者番号						
h		被保	険者番号						
名		個)	人番 号						
日	年	月 日		, ,		'	•	'	
所	〒 電話番号								
度 要支援1・	要支援2・	要介護1・要	介護2・夏	要介護3・	要介護4	・要介記	護5		
			購入	金 額	購	入	月		
				円		年	月	日	
				円		年	月	日	
				円		年	月	日	
当該申請に係る介		受領権限につ							
			住所					(A)	
			住所 氏名 電話番号					€	
小学に、領収書及び宿びできる。 お必要な理由」にで はしてください。 よる上記被保険者	ついては、個	(委任者) ジフレット等。 はの用具ごと	氏名 電話番号 を添付して に記載して	ください。			能な場合	合は、	
が必要な理由」に、 載してください。	ついては、個	(委任者) ジフレット等。 はの用具ごと	氏名 電話番号 を添付して に記載して	ください。	受任するこ 		能な場合	合は、	
が必要な理由」にで 載してください。 よる上記被保険者	ついては、個	(委任者) ジフレット等。 はの用具ごと	氏名 電話番号 を添付して に記載して	ください。	受任するこ		能な場合	合は、	
が必要な理由」にな 載してください。 よる上記被保険者 住 所	ついては、個	(委任者) ジフレット等。 はの用具ごと	氏名 電話番号 を添付して に記載して	当事業者が多電話番	受任するこ		能な場合	合は、	
が必要な理由」にない。 よる上記被保険者 住 所 〒 事業所名	の保険給付置	(委任者) ジフレット等 対々の用具ごと	氏名 電話番号 を添付して に記載して	ください。 当事業者が 電話番 登録番	受任するこ		能な場合	合は、	
が必要な理由」にない。 よる上記被保険者 住 所 〒 事業所名 代表者名	の保険給付す ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	(委任者) ジフレット等 対々の用具ごと	氏名 電話番号 を添付して に記載して いて、 いた を 店 店	ください。 当事業者が 電話番 登録番	受任するこ	とに同	能な場合	す。	
が必要な理由」に一載してください。 よる上記被保険者 住 所 事業所名 代表者名 護 (介護予防) 福	へいては、個の保険給付す ・ は用具購入する ・ は用用組協 ・ は用用組協	(委任者) パンフレット等温々の用具ごとは 費の受領権限に	氏名電話番号を記録して、は振り込みを記載して、はなり込みを表現して、はなり込みを表現します。	当事業者がう 電話番 登録番 いで下さい。 種 目 1 普通預金	受任するこ	とに同	誰な場 合	す。	
が必要な理由」にない。 よる上記被保険者 住 所 〒 事業所名 代表者名	へいては、個の保険給付す ・ は用具購入する ・ は用用組協 ・ は用用組協	(委任者) ジフレット等 対々の用具ごと	氏名電話付して、 を記載して、 に本支出支に り店店所所 によった。	当事業者が 電話番 登録番 しで下さい。	受任するこ : 号 : 号	とに同	誰な場 合	す。	
	ナ 名 日 所 度 要支援1・ 具名(種目) 品 名 様 とおり関係書類を	ナ 名 日 年 所 度 要支援1・要支援2・ 要支援1・要支援2・ 異名(種目)	け 保険 被保 日 年月日 所 要支援1・要支援2・要介護1・要 具名(種目) 製造事業者名 品名 販売事業者名 様とおり関係書類を添えて居宅介護(予防)当該申請に係る介護給付費の受領権限につ	ナ 保険者番号 名 個人番号 日 年 月 日 年 月 日 所 〒 電話 度 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要具名(種目) 製造事業者名 購入 品名 販売事業者名 財 入 様とおり関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具と当該申請に係る介護給付費の受領権限について、下格	ナ 保険者番号 複保険者番号 個人番号 日 年 月 日 年 月 日 丁 電話番号 度 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・ 具名(種目) 具名(種目) 製造事業者名 品名 販売事業者名 円 円 一円 円 様 とおり関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支援的計算の受領権限について、下欄の受取人	##	名 被保険者番号 個 人 番 号 日 年 月 日 〒 電話番号 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護2・要介護4・要介護2・要介護3・要介護4・要介護2・要介護3・要介護4・要介護2・要介護3・要介護4・要介護1・事業者名 購 入 金 額 購 入 品 名 販売事業者名 円 年 円 年 日 年 日 日 年 日 日 年 日 日 日 日 日 日 日 日	ナ 保険者番号 名 毎年月日 度 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 具名(種目) 製造事業者名 購入金額 購入日 品名 時、入日年月 様 とおり関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 当該申請に係る介護給付費の受領権限について、下欄の受取人に委任します。	

【日置市確認欄	1
---------	---

	11114									
介護区分	要介護 要支援	認定期間	年年	月 月	日~ 日	負担割合	割	給付	制限	□無□有
給付歴		残額		支給対象額		支給決定額		自己負担額		
□無□有				円		円		円		円

窓口に来た人 □申請者本人 □その他(氏名 続柄)連絡先