様式第６号（第７条関係）

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		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	年　　月　　日		
住　　所	〒　　電話番号		
要 介 護 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		

福祉用具名(種目) 商 品 名	製造事業者名 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	

日置市長　　様

上記の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。

なお、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。

年　月　日

申請者　住所

（委任者）　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。

この申請書による上記被保険者の保険給付費の受領権限について、当事業者が受任することに同意します。

受任者（受取人）	住　所	〒	電話番号	
	事業所名		登録番号	
	代表者名			

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所 支所	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			

【日置市確認欄】

介護区分	要介護 要支援	認定期間	年　月　日～ 年　月　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