

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ		保険者番号		292094
被保険者氏名		個人番号		
		被保険者番号		
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生
住所	〒			
		電話番号		
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業社名及び 介護保険事業者番号 購入事業社名	購入金額	購入日	
		円	年	月 日
		円	年	月 日
<p>(あて先) 生駒市長</p> <p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>(被保険者) 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 電話番号</p>				

- (関係書類) ①領収書(被保険者のお名前入り)
②パンフレット等購入した福祉用具が確認できるもの
③福祉用具個別サービス計画書

- (ご注意) ・福祉用具の購入は、指定事業者で購入してください。
 ・代金の支払い(領収書の日付け)から2年を過ぎると、この申請をすることはできません。
 (請求権の消滅時効2年)
 ・このサービスは、在宅サービスのため、入院・入所中はご利用いただけません。

居宅介護(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	銀行 信用金庫 信用組合 農協	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			

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費の受領に関する委任状

※受け取り口座が被保険者のご親族名義の場合、ご記入ください。

<p>(あて先) 生駒市長</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>(委任者) 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p>私は、下記のことを代理人に定め、次の権限を委任します。</p> <p>(委任事項) 年 月 日に申請した、介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費 支給の受領に関すること。</p> <p>(受任者) 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">委任者との関係 ()</p>	
---	--