様式第1号（第4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（受領委任払い）

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

（あて先）生駒市長

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。
また、この申請に基づく居宅介護（予防）福祉用具購入費の請求及び受領については、次の者に委任します。

年　　月　　日

（被保険者）　住所

氏名　　　　　電話番号　　－　　－

上記委任の件について、受任することに同意します。

年　　月　　日

事業者（受任者）

住所

事業所名

代表者名　　　　電話番号　　－　　－

担当者名

（関係書類）
①領収書（被保険者の名前入り）
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
④生駒市介護保険福祉用具購入費の支給に係る受領委任払い取扱確約書（様式第2号）

（ご 注 意）
- 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			