

記入例

第1号様式（第4条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払い支給申請書

フリガナ	ナミエ タロウ	保険者番号	0 7 5 4 7 3									
被保険者氏名	浪江 太郎	被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5
生年月日	明・大・ 昭 ○年 ○月 ○日	性別	男 ・ 女									
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 浪江町大字●●字△△00 番地 0											
電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇												
福祉用具名 (種目名及び商品名)	販売事業者名 (製造事業者名)	指定事業者 番号	購入金額			購入日						
例) 折りたたみシャワーベン チFS フィットグリーン	例) 〇〇事業所 例) アロン化成	※指定事業所番 号を記入して下 さい。	※購入金額を記 入して下さい。			※購入した日付 を記入して下さい。						
福祉用具購入金額合計	※購入金額全額 円---①											
被保険者負担額	※減免がかかっており、年間10万円以下であれば、(未満切上げ))											
介護保険給付額	購入金額と介護保険給付額は同額となります。 ---②)											
福祉用具が必要な理由	※購入した福祉用具が必要な理由を記入して下さい。 (何故その福祉用具が必要なのか、被保険者の生活のどのような場 面で役立つのか、負担を軽減できるのか理由をご記入ください。)											
浪江町長 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 また、当該申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を下欄の 受取人に委任します。 ○年 ○月 ○日												
申請者 (受領委任者)	住所	浪江町大字●●字△△00 番地 0										
氏名	浪江 太郎											
印 浪江												

被保険者の住民票が登録されている住所をご記入ください。

忘れずに
押印ください。

(受取人)	住所	※事業所所在地	
指定福祉 用具販売 事業者	事業所名	※事業所名	
	代表者名	〇〇	〇〇
印 事業所			
受領委任された居宅介護（介護予防）福祉用具購入費は、下記の口座に振り込んで下さい。			
口座振込 依頼欄	金融機関名	本支店名	種目
			普通
	金融機関	※事業所の振込口座	
	フリガ		
	口座名義人		

備考

- 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下さい。
- 「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

避難先住所 **※被保険者の避難先住所**