

様式第1号（第3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（受領委任用）

フリガナ 被保険者氏名	-----	保険者番号		3	1	2	0	3	3
		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日								
住所	〒 ----- 電話番号 -----								
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 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	別紙理由書のとおり	福祉用具購入費の利用							
		初回	2回目以降						
(宛先) 倉吉市長  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、上記請求に基づく給付金の受領を下記の事業者委任します。  年 月 日  住所 申請者 氏名 電話番号 -----									

注意・この申請書の裏面に、領収証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、裏面に記載して下さい。

(宛先) 倉吉市会計管理者

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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 協同組合	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	-----							