

介護保険居宅介護（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		1	0	2	0	6	1
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日	個人番号							
		性別	男・女						
住所	〒								
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									
沼田市長様 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。 年 月 日 住所 申請者 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フレット等を添付してください。
- ・受領委任払いを利用する場合は「介護保険福祉用具購入費受領委任払承認申請書」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ください。欄内に記載が困難な場合は、裏面又は別紙に記載してください。
 - ・口座名義人が被保険者以外の場合は、下欄の委任状に記載してください。

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ください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	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									

委任状	
年 月 日	
私が沼田市から支払いを受ける居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を次の者に委任します。	
委任者（被保険者）	受任者（口座名義人）
住所	住所
氏名	印 氏名