

会津若松市介護保険居宅介護福祉用具購入費等支給申請書(受領委任払い用)

NO. _____

申請月日 年 月 日

フリガナ	被保険者番号													
被保険者氏名	生年月日		年		月		日							
	性別		男		・		女							
住所	〒		電話番号		()							
購入種目	購入(領収)日		年		月		日							
	負担割合(購入日現在)						割							
給付申請額							円							

会津若松市長

下記の特定(介護予防)福祉用具購入に係る給付費の支給について、関係書類を添えて申請します。
また、私の当該給付費の支給申請及び給付金の受領に関する権限を次の者に委任します。

住所 TEL ()

受領委任者(被保険者)

氏名 印

受任者
(福祉用具販売委任取扱登録事業者)

事業所所在地

事業所名

代表者名

TEL

印

特定福祉用具の商品名	メーカー名	購入金額	保険給付額	自己負担額
合計		円	円	円

※領収証(原本)及び給付券を添付して下さい。

上記の福祉用具購入に係る給付金を下記口座に振り込んで下さい。

銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店	支店 出張所
1 普通預金	2 当座預金	金融機関コード	
		店舗コード	
3 その他の預金 ()		口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

※ゆうちょ銀行の場合は支店名は「八二八」などの漢数字記載の支店名を記入してください。