

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	0	7	2	0	2	5
被保険者氏名		被保険者番号						
生年月日		性別	男・女					
住所	〒 会津若松市 電話番号 ( )							
福祉用具名 (項目名及び商品名)	製造事業者名 販売事業者名	購入金額	購入日					
		円	年 月 日					
		円	日 年 月 日					
		円	年 月 日					
福祉用具が 必要な理由								
会津若松市長 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。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 ( ) 氏名								

注意・この申請書に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。  
 ・「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。  
 ・入院・入所中の場合は退院・退所後に申請ください。

上記の福祉用具購入に係る給付金を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協・労金	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							

※ 振込先をご本人以外の家族の口座に希望される方は、下記の「委任状」に記入をお願いします。

## 委 任 状

私は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任する。

年 月 日に申請した介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領に  
関すること。

申請者の住所・氏名 (委任される被保険者本人)

住所

氏名

印

代理人の住所・氏名 (受任者)

住所

氏名

印

委任する方との関係(続柄)

※被保険者本人がお亡くなりになられた場合には、下記の「誓約書」に記入をお願いします。

## 誓 約 書

被保険者氏名

死亡年月日

年

月

日

死亡時の住所  
(住民票上の住所)

私は、上記被保険者の相続人代表者に相違ありません。

上記の者の介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給申請及び受領は私が行います。

なお、この件に問題が生じた場合は、相続人の代表者である私の責任で解決いたします。

年 月 日

誓約者(相続人)住所

氏名

印

死亡者との関係(続柄)