

介護保険福祉用具購入費受領委任払い申請書													
年 月 日													
筑西市長 様													
〒													
(申請者) 住 所													
氏 名 印													
電話番号													
福祉用具購入費の支給を受けたいので、筑西市介護保険福祉用具購入費の受領委任払いに関する要綱第9条の規定により申請します。また、この申請による福祉用具購入費について受領委任し、いかなる事態が生じても、福祉用具購入費の支給に関し、市に請求しないことに同意します。													
フリガナ		被保険者番号		0	8	2	2	7	1				
被保険者氏名													
生年月日	年	月	日	性 別	男 ・ 女								
個人番号													
要介護状態区分	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5												
受領委任取扱事業者	事業者所在地 〒 事業者名 事業所番号 代表者名 電話番号												
特定福祉用具等名（種目及び製造者）	購 入 金 額			自己負担額			購 入 日						
	円			円			年 月 日						
	円			円			年 月 日						
	円			円			年 月 日						
購入金額合計		円		自己負担額合計			円						
特定福祉用具等が必要な理由													
添付書類	(1) 受領委任書の写し (2) 特定福祉用具等の購入に要した費用のうち自己負担分の支払いを証する書類（領収書等） (3) 特定福祉用具等のパンフレット (4) 福祉用具サービス計画書 (5) その他												
備 考													