

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）

（記入者）住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号（ \_\_\_\_\_ ） \_\_\_\_\_

被保険者との関係 \_\_\_\_\_

年 月 日

（宛 先）旭 川 市 長

次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。

被保険者番号	0	0	0							生年月日	明・大・昭	年	月	日
フリガナ														
被保険者氏名														
住 所		〒 _____ 電話（ _____ ） _____												
福祉用具が必要な理由														
福祉用具名		製造事業者名		販売事業者名		金額（10割）		購 入 日						
種目名	商品名					円		年 月 日						
						円		年 月 日						
						円		年 月 日						
						円		年 月 日						
						円		年 月 日						
購入金額合計		負担額		円		全額(10割)		円						
決定金額						円	決定日							
振込口座 ※ 必ず委任先事業者の登録済みの情報を御記入ください。	フリガナ													
	口座名義													
			銀行			本店	口座番号（右づめで御記入ください）							
			信用金庫			支店								
		信用組合			本所									
		農協			支所									
金融機関コード						店舗コード				種類	1 普通	2 当座		
										3 その他（ _____ ）				

旭川市記入欄

要介護状態区分 要支援（ ） 要介護（ ） 認定有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日

備考

給付制限 あり／なし

※ 添付書類：領収証，購入した福祉用具のカタログ又はパンフレット（コピー）

※ 「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。欄内に記載できない場合は，裏面に記載してください。

福祉用具が必要な理由

(表面に記載しきれない分は、こちらに記載してください。)