

フリガナ		保険者番号	4 5 3 4 1 5
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女
住所	〒 電話番号		
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			
三股町長 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受領委任払にて申請します。 なお、当該申請に基づく請求及び受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。 年 月 日 住 所 【申請者】 氏 名 電話番号 印			

* 「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、裏面または別紙に記載して下さい。

(注) この申請書には、次の書類を添付してください。

- (1) 同意書（介護保険受領委任払用）
- (2) 領収書（保険給付対象額の負担割合を明記のこと）
- (3) 請求書（振込先を正確に記入のこと）
- (4) パンフレット（写しで可）

受取人

住 所	
事業者名・代表者氏名	印

	本人支払額	支払対象額	支給決定額 (a×0.9・0.8・0.7)
処理欄 (町記入)	円	円	円