

**介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任用）**

カガナ 被保険者氏名			保険者番号 九重町	4 4 4 6 1 2	
			被保険者番号		
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女	要介護度	要介護（ ）・要支援（ ）
住 所	〒 電話番号				
購入種目及び商品名	製造事業者名等	販売事業者名等	購入金額	購入年月日	
			円		
			円		
			円		
必要理由					
この申請は、介護保険法44条他で規定する居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給条件を満たしていることを確認しました。 介護支援専門員氏名 <span style="float:right">印</span>					
九重町長 様 上記のとおり居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を関係書類を添えて申請します。また、当該申請にもとづく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請及び給付金の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 <span style="float:right">電話番号</span> 氏名 <span style="float:right">印</span>					
受取人の所在地 と名称及び 代表者の氏名	受取人の所在地および名称  代表者の氏名 <span style="float:right">印</span>				

注意・この申請書に領収書と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ください。  
 ・居宅サービス計画を作成している場合は指画の写しを添付してください。

九重町記入欄

領収確認欄	パンフレット 等の添付確認	保険料納付状況		備 考
		未納保険料	滞納保険料	
		有 ・ 無	有 ・ 無	
		給付制限状況	給付割合	
		有 ・ 無		