

様式第1号（第3条関係）

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）

ふりがな		保険者番号	113464						
被保険者名 氏名		被保険者番号	0	0					
		個人番号							
生年月日	年 月 日								
住所	〒								
	電話番号								
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 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									
川島町長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。また、上記申請に基づく福祉用具購入費の受領方を下記の者に委任します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号									

- 注意
- ・この申請書の裏面に、領収書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ください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

事業者名 代表者名									
所在地	電話番号								
振込先	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	種目	口座番号					
	金融機関コード	店舗コード	1 普通						
			2 当座						
			3 その他						
ふりがな									
口座名義人									