

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費 受領委任払い支給申請書

フリガナ		性別	保険者	宮古市 032029
被保険者名		男・女	被保険者番号	
			個人番号	
生年月日		要介護度(予防) (認定の内容)		
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造・販売 事業者名	購入金額	購入日	
		円		
		円		
		円		
合計		円		

福祉用具が必要な理由 別紙のとおり

添付した書類に○を付けてください 領収書 ・ 購入した用具のパフレット等 ・ 理由書 ・ その他

宮古市長 様
 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。支給にあたっては、下記口座に振り込むよう依頼します。
 年 月 日
 申請者 住所
 (被保険者) 氏 名
 電話番号

口座振替 依頼書	銀行 信用金庫 その他	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 普通預金						
			2 当座預金						
			3 その他						
	フリガナ 口座名義人 (代理人)								

※ 振込先の口座名義人が申請者(被保険者)と違う場合は、以下の委任状に記名押印してください。
 宮古市長あて 委任状
 上記のとおり申請に基づく介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を、次の者に委任します。
 年 月 日

申請者 (委任者)	住所		電話番号	
	氏名			

当該申請に基づく介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を受任します。
 年 月 日

受任者	住所		電話番号	
	事業者名・ 代表者名			

【宮古市記入欄】 注意・給付制限を受けている方は、支給を受けられない場合があります。

給付制限	無 ・ 有	福祉用具購入費の支給歴	無 ・ 有	審査	(備考)
品目	購入額(税込)	給付率	支給決定額		
		償還		支給決定	
		・ 受領委任			
		割			
支給決定額 合計					

