

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書兼福祉用具販売証明書

フリガナ		保険者番号	2	5	2	0	4	9
被保険者氏名		被保険者番号						
		個人番号						
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女					
住所	〒 連絡先							
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	令和	年	月	日		
		円	令和	年	月	日		
		円	令和	年	月	日		
福祉用具が 必要な理由								

近江八幡市長

上記のとおり関係書類を添えて、居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。この申請に係る給付費の受領については、次の受取人に委任します。

年 月 日

申請者 住所

氏名

Ⓜ

電話番号

福祉用具販売証明書

年 月 日

近江八幡市長

受取人 住所

事業所名

代表者 職 氏名

印

電話番号

年 月 日付け 第 号により受領委任払いの承認を受けた介護保険居宅介護（予防）福祉用具について、上記のとおり販売したので証明します。

つきましては居宅介護（予防）福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	口座種目	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							

注) 裏面の注意事項もご覧ください。

注意事項

1 承認を受けた内容に変更がない場合は、この申請書に次の書類を添付して提出してください。

① 被保険者が支払った分の領収証（※確認して写しを取った上、返却します。）

（※被保険者が被保護世帯である場合は、自己負担に係る請求書）

② 販売業者の受領委任分（保険給付予定額）に係る請求書

2 承認を受けた内容を変更する場合は、購入する前にあらかじめ受領委任払い承認申請書を再度提出して、変更承認の手続きをしてください。