

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書(受領委任用)

フリガナ		保険者番号	262147		
被保険者氏名		被保険者番号			
生年月日		性別	男・女		
住所	〒 電話番号				
福祉用具名(種目及び商品名)	製品及び販売事業者名	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					

木津川市長宛て

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、当該申請にかかる給付費の請求と受領について下欄の受取人に委任します。

令和 年 月 日

申請者 住所 〒
氏名 電話番号

受取人欄	事業者名及び 代表者名 住所 〒 電話番号
------	--------------------------------

- 注意
- ・事業者が複数にわたる場合は事業者ごとに申請書を提出してください。
 - ・「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。欄外に記載が困難な場合は、裏面又は別紙に記載ください。
 - ・保険料を完納されていない方は受領委任による給付はできません。
 - ・当該申請に係る福祉用具事業者については、あらかじめ本市が同意を得ている事業者でなければ受領委任による給付はできません。