

市町村受付印

広域連合受付印

介護保険 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費 支給申請書（受領委任払用）

※太枠内を記入して下さい。

フリガナ 被保険者名	コウケン ハナコ	保険者番号	〇〇〇〇〇〇
	広域 花子	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
住 所	〒904-0398	生年月日	明・大・ <b>昭</b> 〇年 〇月 〇日
	読谷村字比謝疔55番地 2F	電話番号	098-911-7501

対象種目	種目番号	商品名 (型式含む)			
1. 腰掛け便座	4	シャワーベンチ〇〇			
2. 特殊尿器		製造業者名	株式会社〇〇〇〇	領収日と同じ日付を記入する。	
3. 排泄予測支援機器		販売業者名	福祉用具〇〇〇〇		
4. 入浴補助用具		購入日	令和 〇年 〇月 〇日	購入金額 (販売金額)	20,000円
5. 簡易浴槽	種目番号	商品名 (型式含む)	購入金額は、被保険者負担額(1~3割分)ではなく、商品の販売金額を記入する。		
6. 移動用リフトのつり具部分		製造業者名			
7. スロープ		販売業者名			
8. 歩行器		購入日			年 月 日
9. 歩行補助つえ					

沖縄県介護保険広域連合長 様

上記のとおり必要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。  
 なお、本申請に基づく給付金の受領に関する権限については、下記の事業者委任します。

令和 〇年 〇月 〇日

申請者 住所 読谷村字比謝疔55番地 2F  
 兼委任者 氏名 広域 太郎  
 (※注1)

被保険者が委任に同意した日を記入する。  
 購入日(領収日)から申請書提出日までの期間であれば良い。

◎ この申請書による上記被保険者の給付金の受領権限について、当事業者が受任することを承諾します。

なお、給付金については、沖縄県介護保険広域連合へ事前に届け出た口座に振り込んでください。

事業者 (受任者)	事業所 所在地	沖縄県読谷村〇〇〇〇〇番地	販売事業所へ記入を依頼する。	
	事業所 名称	福祉用具〇〇〇〇	電話番号	098-911-〇〇〇〇
	代表者氏名	代表取締役 〇〇 〇〇	登録番号 (※注2)	7000000〇〇〇

(備考)

・この申請書には、福祉用具を購入する理由書や領収書等、申請に必要な書類を添付してください。

(※注1) 申請者氏名は必ず本人(被保険者)としてください。本人が記入できない場合は代筆し、余白部分にその旨を記載してください。

(※注2) 登録番号が分からない場合は、空欄としてください。

市町村・広域連合記入欄

担当者印	市 町 村	広域連合	備 考
	申請内容確認	電算入力処理	申請内容確認