

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 被保険者氏名		保険者番号					
		被保険者番号					
住 所	〒	生年月日	年		月	日	
		電話番号					
対象種目	種目番号	商 品 名 (型式含む)					
1. 腰掛け便座		製 造 業 者 名					
2. 特殊尿器		販 売 業 者 名					
3. 排泄予測支援 機器		購 入 日	年	月	日	購 入 金 額 (販売金額)	円
4. 入浴補助用具							
5. 簡易浴槽	種目番号	商 品 名 (型式含む)					
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	購 入 金 額 (販売金額)	円
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。							
年 月 日							
申請者 住所 兼委任者 (※注1) 氏名							

◎ 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 在 地			
	事 業 所 称		電話番号	
	代表者氏名		登録番号 (※注2)	

(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

市 町 村	申請内容確認	電算入力処理	申請内容確認	備 考 ・限度額残高（ 円） ・ケアプラン（ 有 ・ 無 ）
担当者印				