

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

〔受領委任払い用〕

フリガナ 被保険者氏名 (申請者)		印	保険者番号	0 9 2 0 1 5
			被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女	
住所	〒 宇都宮市 電話番号：			
福祉用具名 (種目名・商品名)	販売事業者名	購入金額	購入日	
		円	平成	年 月 日
		円	平成	年 月 日
		円	平成	年 月 日
		円	平成	年 月 日
福祉用具が 必要な理由				
市事前確認欄	対象額	円	限度額	円
			確認印	

(あて先) 宇都宮市長

平成 年 月 日

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。また、当該申請に基づく申請書の提出及び支給の受領に関する一切の権限を、下記の受取人に委任します。

受領委任払請求書			平成 年 月 日
受 取 人	所在地	〒 電話番号：	
	名称及び 代表者氏名	印	
上記居宅介護(予防)福祉用具購入費支給額を裏面の口座に振り込んでください。			
※販売事業者番号の記入をお願いします		販売事業者番号	

事前確認： (病院・施設に入院・入所期間中でないことの確認)	受付： (パンフレット・領収証・販売証明書)
担当ケアマネジャー | 有・無 | 事業所・担当名 ()	電話 (-)

振込 口座 欄	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店・支店 支所・出張所	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	.....	.....	.....	.....
	フリガナ 口座名義人	-----					

〈 記 載 例 〉

様式第 32-1 号

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

〔受領委任払い用〕

フリガナ 被保険者氏名 (申請者)	ウツノミヤ タロウ	保険者番号	0 9 2 0 1 5		
	宇都宮 太郎	被保険者番号	0 0 0 0 0 0		
生年月日	明・大(昭) 年 月 日生	性別	男・女		
住所	〒000-0000 電話番号: 000-0000 宇都宮市 00-0-0				
福祉用具名 (種目名・商品名)	販売事業者名	購入金額	購入日		
ポータブルトイレ	〇〇商事(株)	30,000円	平成〇〇年〇月〇〇日		
シャワーチェア	〇〇商事(株)	6,000円	平成〇〇年〇月〇〇日		
		円	平成 年 月 日		
		円	平成 年 月 日		
福祉用具が 必要な理由	膝関節症により、可動制限があり、歩行や立ち座り動作が困難なため、ポータブルトイレ及びシャワーチェアの購入が必要				
市事前確認欄	対象額	36,000円	限度額	100,000円	確認印

(あて先) 宇都宮市長

平成〇〇年 〇月〇〇日

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。また、当該申請に基づく申請書の提出及び支給の受領に関する一切の権限を、下記の受取人に委任します。

受領委任払請求書

平成〇〇年〇月〇〇日

受取人	所在地	〒000-0000 電話番号: 000-0000 宇都宮市〇〇〇町〇〇〇-〇			
	名称及び 代表者氏名	〇〇商事(株) 代表 〇〇〇〇 印			

上記居宅介護(予防)福祉用具購入費支給額を裏面の口座に振り込んでください。

※販売事業者番号の記入をお願いします	販売事業者番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
--------------------	---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

事前確認: (病院・施設に入院・入所期間中でないことの確認)	受付: (ハンフレット・領収証・販売証明書)
担当ケアマネジャー | 有・無 | 事業所・担当名 () 電話 (-)	

振込口座欄	○ ○	○ ○	口座番号							
	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店・支店 支所・出張所	1 普通預金	1	2	3	4	5	6	7
	金融機関コード	店舗コード									2 当座預金
	○ ○ ○ ○	○ ○ ○								
	フリガナ	○○ショウジカブシキガイシャ					ダイヒョウ	○○○○		
口座名義人	○○ 商事(株) 代表					○○○○				