

介護保険 居宅介護・介護予防 特定福祉用具購入費 支給申請書  
(受領委任用)

表

フリガナ	カゴ 知ウ	被保険者証番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
氏名	介護 太郎											
生年月日	明治・大正・昭和 10年 10月 10日											
福祉用具の種目名	事業者番号(販売事業者)	購入金額※	福祉用具が必要な理由									
福祉用具の商品名	販売事業者名 製造事業者名	購入日										
入浴補助用具	0 4 7 5 5 9 9 9 9 9	10,000円	左下肢麻痺による浴槽内の出入が困難なため									
入浴台(TYPE00)	◇◇サービス 株式会社△△	令和元年 8月15日										
腰掛便座	0 4 7 5 5 9 9 9 9 9	5,000円	左下肢麻痺による立ち上がりの負担を軽減するため									
補高便座AZ	◇◇サービス □□株式会社	令和元年 8月25日										
		円										
		年 月 日										
購入金額合計		15,000円										
<p>(あて先) 仙台市区長 上記のとおり、関係書類を添えて 居宅介護・介護予防 特定福祉用具購入費の支給を申請します。 また、上記請求に基づく給付金の受領方を下記のものに委任します。 令和 元年 9月 10日 申請者 (住所) 仙台市青葉区△町×丁目○番□号</p>												
<p>(電話番号)214-0000 (氏名) 介護 太郎 (印)</p>												
<p>(事業者名) ◇◇サービス (氏名) 仙台 花子 (印)</p>												
<p>〒980-0000 仙台市泉区□町△丁目×番○号 (電話番号)299-0000</p>												
口座振込 依頼欄	◎ ◎ 銀行・農協 信用金庫・信用組合	◎ ◎ 本店 支店 出張所	種別	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	8	8	8	8	8	8	8	8
	1	2	3	4	5	6	7					
	フリガナ	シカクシカクサービスシヨチヨウセンダイハナコ										
口座名義人		◇◇サービス 所長 仙台 花子										

※購入金額の欄には、購入費用(10割)の額を記入してください。

\* 受領委任払い制度をご利用いただくためには、受領委任払いの申出を仙台市に行っている特定(介護予防)福祉用具販売事業者から購入する必要があります。

処 理 欄	
収受	