

**介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書**  
 （受領委任用）

フリガナ			
被保険者氏名	保険者番号		
	被保険者番号		
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	〒 _____ 電話番号 _____		
福祉用具名 （種目名及び商品名）	製造事業者名 及び販売事業者	購入金額	購入日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

福祉用具が必要な理由

（あて先）松江市長

上記のとおり福祉用具を購入したので、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給の申請及び給付金受領に関する権限を下記の者に委任します。ただし、要介護（介護予防）申請日以降で認定決定日以前に福祉用具を購入し、要介護（介護予防）認定の結果が「非該当」と判定された場合は、福祉用具購入費の支給に係る費用の全額を自己負担します。

年 月 日

委任者 住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_

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。

受任者（受取人） 所在地 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
 事業者名 \_\_\_\_\_  
 代表者名 \_\_\_\_\_

注意：この申請書の裏面に、領収証【写】（利用者負担分）及び福祉用具のパフレット等（価格が記載されているもの）添付してください。「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。