

様式第6号(第9条関係)

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費 支給 申請書 **受領委任払い用**

フリガナ		保険者番号		3	0	2	0	4	2
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女						
住所	〒								
	電話番号								
購入日	年 月 日								
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造業者名	販売事業者名	購入金額						
			円						
			円						
			円						
			円						
福祉用具が 必要な理由									
<p>有田市長 様</p> <p>上記のとおり、関係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。</p> <p>また、この申請に基づく居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領については、上記受領委任払い販売事業者に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p>									

注意

- ・この申請書、事前承認申請を行った書類及び福祉用具購入事前承諾通知書を添付して下さい。
- ・「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。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

有田市確認欄

滞納		実績		介護度	
----	--	----	--	-----	--