

受領委任払い用

第5号様式（第6条関係）

被保険者→保険者（町）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保険者番号			1	4	4	0	1	4
被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		性別	男 ・ 女							
住 所	〒 電話 （ ）										
介護・予防給付の種類	☐ 居宅介護福祉用具購入費 ☐ 居宅介護予防福祉用具購入費										
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名		購入金額		購入日						
			円		年 月 日						
			円		年 月 日						
			円		年 月 日						
			円		年 月 日						
購入金額合計		円									
受領委任事業者	事業者名										
	代表者名										
	所在地	〒 電話 （ ）									
愛川町長 殿 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。 年 月 日 申請者 住 所 (被保険者) 氏 名 電 話 （ ）											

<添付書類>①請求書②領収書