様式第１７（第１１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 被保険者 氏名		保険者番号	
		被保険者番号	
生年月日	年　月　日生	性別	男・女
住所	〒 電話番号（　　）		
要介護区分等	□要支援１　□要支援２　□要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□要介護５		

福祉用具名 （種目名及び商品名）	製造事業者名及び 販売事業者名	販売金額	被保険者 負担額	購入日
		円	円	年　月　日
		円	円	年　月　日
		円	円	年　月　日

東郷町長殿

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　　電話番号

東郷町長殿

上記申請に係る居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関し、下記口座に振り込んでください。

年　月　日

受領者　所在地

（販売事業者）事業者名

代表者名　　電話番号

事業所番号

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 支店 出張所	種目	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 ３その他		
	フリガナ				
	口座 名義人				

（注意）

１　この申請書に被保険者負担額の領収書を添付してください。

２　入院（所）中の方は、退院（所）後に申請してください。