

フリガナ 被保険者氏名			被保険者 番号						
生年月日	明・大・昭 年 月 日生								
住所	(電話番号 )								
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者及び 販売事業者名	購入予定金額		購入日予定日					
		円		年 月 日					
		円		年 月 日					
		円		年 月 日					
福祉用具が 必要な理由									
境港市長 様				申請者(受領委任者)					
<p>上記のとおり関係書類を添えて介護保険福祉用具購入の承認を申請します。</p> <p>また、当該申請に基づく給付費の請求及び受領に関する権限を下記の受取人に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>氏名 印 電話番号( )</p>									
				受取人(福祉用具販売事業者)					
<p>境港市から支給される、上記申請内容に基づく 介護保険福祉用具購入費の受領権限については、私が被保険者からの委任を受け、受領することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>名称</p> <p>代表者氏名 印 電話番号( )</p>									

注意・この申請書を提出する際に、誓約書、見積書、カタログのコピー等を添付してください。

- ・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

本申請についての問い合わせ先(担当ケアマネジャー/福祉用具が必要な理由記入者等)	連絡先(日中連絡のつくところ)
事業所名	電話
担当者氏名 資格	( ) -