

介護保険福祉用具購入費受領委任払い承認申請書

被 保 険 者 氏 名				保 険 者 番 号			
フリガナ				1 3 1 1 4 4			
				被 保 険 者 番 号			
生年月日	明・大・昭	年 月 日	性 別	男 ・ 女			
住 所	〒 中野区 丁目 番 号			電話 ()			
要介護認定状況		要支援・要介護()		認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日			
申請理由	1 福祉用具購入を行なうにあたり、費用の全額負担が困難でありこの制度を利用しなければ福祉用具の購入ができないため。 2 その他の理由 ()						
中野区長 あて 上記のとおり福祉用具購入費受領委任払いの利用について申請します。 年 月 日 申請者 住所 電話 () 氏名							
届けに来た方 氏名		被保険者との関係		家族・支援事業者・その他()			
		連絡先		電話()			

※ 承認決定後、「介護保険福祉用具購入費受領委任払い利用承認決定通知書」を送付します。

※ この欄は区役所で記入します

受付番号	保険料収納状況確認		
------	-----------	--	--