

様式第8号（第6条関係）

介護保険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	304014	
被保険者氏名		個人番号		
		被保険者番号		
生年月日	年 月 日	性別	男・女	
住所	白浜町 (電話番号 )			
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 販売事業者名	購入金額	購入日	
		円	平成 年 月 日	
		円	平成 年 月 日	
		円	平成 年 月 日	
総費用額	円	保険対象 費用額	円	申請者 負担額
<p>白浜町長 様</p> <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費の支給を申請します。 なお、支給については受領委任払いにてお願いします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者（被保険者） 住所 白浜町</p> <p>氏 名 ⑧</p> <p>電話番号</p>				

※ 添付書類

- (1) 自己負担分の領収書
- (2) 介護保険福祉用具購入費・住宅改修請求書
- (3) 購入した福祉用具のパフレット（事前申請と変更がない場合は不要）

様式第7号（第6条関係）

介護保険福祉用具購入費・住宅改修費請求書

金 \_\_\_\_\_ 円也

ただし、（被保険者氏名） \_\_\_\_\_ 様の受領委任払いに係る介護保険の  
（福祉用具購入費・住宅改修費）として上記金額を請求します。

平成 年 月 日

白浜町長 様

（請求者）販売及び施工事業者 所在地

名 称

代表者名

⑨