

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費 支給請求書

七戸町長 殿

請求額 _____ 円

※請求額は、
申請額から被保者の負担割合
分を引いた金額となります。

介護保険居宅介護（介護予防）福用具購入費について上記金額のとおり請求いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒

請求者 _____
住所 七戸町字 _____
(委任する
場合は受取人)

氏名 _____

口座振込 依頼欄	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協			本 店 支 店 支 所 出張所			種 目 1 普 通 2 当 座 3 その他 ()	口座番号
	金融機関コード			店舗コード				
	フリガナ							
	口座名義人							

※ 注意

口座名義人と被保険者が異なる場合は、下記委任状に記名押印してください。

委 任 状

私は、下記の者を代理受取人と定め居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給受領に関する権限を委任します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒

委任者 _____
(被保険者) 住所 七戸町字 _____

氏名 _____

〒

受任者 _____
(代理受取
人) 住所 _____

氏名 _____