|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌ　ﾘ　ｶﾞ　ﾅ 被保険者氏名 |  |  保険者番号 |  | 1 | 9 | 2 | 1 | 0 | 4 |
|  |
| 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |
| 生 年 月 日 | 年　　　月　　日生 | 性　　別 | 男　　　・　　　女 |
| 住　　　 所 | 〒 　　-　　　　　　　 |
| 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 | 購 入 金 額 | 購　　入　　日 |
|  |  |  | 年 　月 日 |
|  |  |  | 年　　月　 日 |
|  |  |  | 年　　月　 日 |
| 福 祉 用 具 が必 要 な 理 由 |  |
| 甲斐市長　様　上記のとおり関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請します。なお、上記の福祉用具購入費の受領に関する権限を下記の受取人に委任します。　　　　年　　月　　日　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　電話番号申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被保険者）　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 上記被保険者の福祉用具購入費の受領に関する権限を当事業者が受任することに同意します。受領委任された福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。　　　　年　　月　　日所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　 　電話番号事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 振込先 | 金融機関名 |  | 本支店名 |  |
| 種別 |  | 口座番号 |  |
| （フリガナ）口座名義人 |  |