介護保険福祉用具購入費受領委任払支給請求書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 | |  | | | 4 | | 6 | | | 2 | | 2 | | 2 | | 6 | |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 | |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 大・昭　　年　　月　　日生 | 性別 | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　- | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 請求金額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 奄美市長　殿  　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請求します。  　　　　令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　住所  　　請求者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 | 銀行  信用金庫  組合 | | | | 本店  支店  出張所 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| 1　普通預金  2　当座預金  3　その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ  口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |