

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ		保険者番号			
被保険者氏名		被保険者番号			
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女		
個人番号					
住所	〒		電話番号		
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		
		円	年 月 日		
		円	年 月 日		
		円	年 月 日		
福祉用具が 必要な理由					
(あて先) 塩 尻 市 長 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号					

- 注 1 この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
- 2 「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

居宅介護(介護予防)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	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。					
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する					
	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店・支店 本所・支所 出張所	種目	口 座 番 号		
	金融機関コード	店舗コード	1 普通 2 当座			
	フリガナ					
口座名義人						

(委任状)

なお、上記居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領については、上記口座名義人に委任します。（氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。）

被保険者氏名 印

…【事務処理欄】……

介護度	負担割合	福祉用具購入費申請歴	事業所番号
	割		