

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			2	2	2	2	4	0
被保険者氏名			被保険者番号								
			個人番号								
生年月日			要介護度等								
認定有効期間	～										
住所	電話番号										
福祉用具名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売 事業者指定番号	製造事業者名及び 販売事業者名		購入金額			購入日				
(TAISコード)				円			年 月 日				
(TAISコード)				円			年 月 日				
(TAISコード)				円			年 月 日				
福祉用具が 必要な理由											
菊川市長 様 前のお通り、関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 〒 住所 申請者 氏名 電話番号 被保険者との関係 個人番号 ※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。											
代理申請を行う 事業所情報	事業所名称										
	事業所種別										

注意 ・この申請書の裏面に領収証、福祉用具のパンフレット等を添付してください。
 ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の福祉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。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	<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 農協 ()	本店 支店 ()	種目			口座番号					
口座振込 依頼欄	金融機関コード	店舗番号		1 普通 2 当座預金 3 その他 ()							
	ゆうちょ銀行	記号				番号					
	フリガナ										
	口座名義人										