

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														
被保険者氏名	保険者番号		2		2		3		0		5		7	
	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														
松崎町長 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 ・この申請書に領収証、福祉用具のパ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。
 ・申請者や振込先口座が被保険者以外の場合は、委任状を併せて添付してください。
 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													
	口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協 ()	本店 支店 ()		種目				口座番号					
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														