

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							
		個人番号							
生年月日	年 月 日	要介護度等							
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
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									
坂東市長 様 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。 年 月 日 〒 電話番号 住所 被保険者との関係 申請者 個人番号 氏名 ※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書、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。
 - ・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							
	フリガナ								
	口座名義人								