

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	0 8 2 1 1 5	
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					
常総市長 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） <small>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。</small>				
	<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				