

## 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				3	7	2	0	8	6
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													
(宛先) 三豊市長 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 電話番号 申請者 氏名													
代理申請を行う 事業所情報	事業所名・担当者名												
	事業所種別												

※受領委任払いによる場合は、所定の委任状を添付してください。

注意 ・ この申請書に添えて、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。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

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( )					
	フリガナ							
	口座名義人							

口座振込委任欄

上記の支給の受領方を口座名義人 ( ) に委任し上記口座に振り込まれますようお願いいたします。

年 月 日

被保険者（申請権者）

印

※支払方法（ 償還払 ・ 受領委任払 ）