

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			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							
砥部町長 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 申請者 住所 電話番号 氏名 ㊟ 被保険者との関係（ ）							
代理申請を行う 事業所情報	事業所名称				提出者氏名		
	事業所種別	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	電話番号						

注意 ・この申請書のほかに領収証、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						
口座振込 依頼書	銀行 信用金庫 農協 ( )	本店 ( )	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						