

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 | | | | |
| | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日生 | 性別 | 男・女 | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | |
| 福祉用具名 (種目名及び商品名) | 製造事業者名及び 販売事業者名 | | | 購入金額 | | 購入日 | | |
| | | | | 円 | | 年 月 日 | | |
| | | | | 円 | | 年 月 日 | | |
| | | | | 円 | | 年 月 日 | | |
| 福祉用具が 必要な理由 | <input type="checkbox"/> 「特定（介護予防）福祉用具販売計画」の写し添付により省略 | | | | | | | |
| 坂井地区広域連合長 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。 令和 年 月 日 住所 申請者 (被保険者名) 氏名 | | | | | | | | |
| 電話番号 ㊞ | | | | | | | | |

注意：・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付して下さい。
 ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載して下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。「特定（介護予防）福祉用具販売計画」の写しを添付いただいた場合は、記載不要です。

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

| | | | | | | | | |
|---|-----|---------|-------|-------|------------------|--|--|--|
| 口座振込 依頼欄 | 銀行等 | 銀行 | 本店 | 種目 | 口座番号 | | | |
| | | 信用金庫 | 支店 | | | | | |
| | | 農協 | 出張所 | 2当座預金 | | | | |
| ※いづれか 一つの口座 を記入して ください。 | | 金融機関コード | 店舗コード | 3その他 | | | | |
| | 郵便局 | 通帳記号 | | | 通帳番号（右詰でご記入ください） | | | |
| | | 1 | 0 | の | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | |
| 申請者と口座名義人が異なる場合は記入してください。 この給付金の受領は、振込先名義人に委任します。 申請者氏名 ㊞ | | | | | | | | |

窓口確認欄（添付書類および要介護認定状況の確認）

領収証 パフレット等 「特定（介護予防）福祉用具販売計画」の写し
 要介護度：支（1・2）介（1・2・3・4・5）（ 年 月 日～ 年 月 日）