

介護保険福祉用具購入費等支給申請書

フリガナ 被保険者氏名	-----		保険者番号			
	-----		被保険者番号			
	-----		個人番号			
生年月日	年 月 日		要介護度等			
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			購入 履歴	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目以降		
浜中町長 様 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						
[受領委任] 私は福祉用具購入費の受領を下記の者に委任します。 住 所 受任者 (事業者) 名 称 代表者名 電話番号						

注意・この申請書に、領収証及び福祉用具のパン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、個々の福祉用具ごとに記載して下さい。
 欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

給付費を以下の口座に振り込んで下さい。 ※受領委任の場合は記載不要

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 ()	本店 支店 ()	種 目	口 座 番 号		
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 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	-----				

町記入欄

購入金額計	被保険者負担額	支給決定額	備考
円	円	円	