

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																					
大里広域市町村圏組合管理者 宛 上記のとおり、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) 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																		

※広域使用欄

介護度/	給付履歴/	回目 (残額	円)	滞納保険料/	負担割合/	割	総費用額	円	支給額	円
------	-------	--------	----	--------	-------	---	------	---	-----	---