

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 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小川町長 宛て 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 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |

委任状

私は、私の介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費についての請求・受領を下記の者に委任します。

記

(受任者／請求者) 住 所 _____

氏 名 _____

令和 年 年 日

(委任者／被保険者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____