

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	性 別	男 ・ 女				
住 所	〒 電話番号 ()							
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名	販売事業者名	購入金額	購入日				
			円	令和	年	月	日	
			円	令和	年	月	日	
			円	令和	年	月	日	
合 計			円					
福祉用具が 必要な理由								
由利本荘市長 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 電話番号 () 氏名								

注意・この申請書に、被保険者証の写し、領収証及び福祉用具のカatalog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。
- ・申請者と受領者が異なる場合は、委任状を添付してください。

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ください。

口座振込 依 頼 欄	銀 行	種 目	口 座 番 号				
	信用金庫	1 普通預金					
	信用組合	2 当座預金					
	農 協	フリガナ					
	本店（所）	口座名義人					
	支店（所）						
	出張所						

これより下は記入しないでください					
課 長	課長補佐	班 長	班 員		受付印
添付書類	確 認	入 力	審 査	通 知	

※被保険者と口座名義人が異なる場合は、下記、委任状に記載してください。

委 任 状

表面の受領を右代理人に委任します。 令和 年 月 日 (委任を依頼した者の氏名) 氏 名 _____	代 理 人	郵便番号											
		フリガナ											
		住 所											
		フリガナ											
		氏 名											
		被保険者との関係											