

介護保険居宅(介護・支援)福祉用具購入費支給申請書

年 月 日

(あて先)妙高市長

下記のとおり関係書類を添えて居宅(介護・支援)福祉用具購入費の支給を申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日		
本人又は申請代理人氏名		性別	本人との関係		
申請代理人住所	〒	電話番号			

※申請者が被保険者本人の場合は、本人の氏名のみ記入してください。

被 保 険 者	被保険者番号		保険者番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		性別	
	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	介護支援専門員氏名		

注1 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ください。

2 「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記入してください。欄内に記入が困難な場合は、裏面に記入してください。

居宅(介護・支援)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

委 任 状	※本人以外の口座に振り込む場合は、必ず記入してください。 居宅(介護・支援)福祉用具購入費の受領を下記の者に委任します。			年 月 日
	受任者 (口座名義人)	住所	氏名	委任者(本人)
口 座 振 替 依 頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	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	
	フリガナ			
	口座名義人			

市記入欄

区分	保険料納付状況	領収証 確認欄	備考
1一般 2支払方法の変更 3給付額減額	未納保険料 有・無 滞納保険料 有・無		