

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			個人番号													
被保険者氏名			保険者番号	聖籠町												
			被保険者番号													
生年月日	年 月 日生		性別	男 ・ 女												
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		事業者番号	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																
聖籠町長 様 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 電話番号 氏 名																

注 ・この申請書に、領収証及び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。

居宅介護(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。

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	金融機関名				本支店名			種 目		口座番号						
								1 普通								
	金融機関コード				店舗コード			2 当座								
								3 その他								
	フリガナ															
	口座名義人															
委任状	※被保険者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(予防)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 住所 (口座名義人) 氏名															
	委 任 者 住所 (被保険者) 氏名				印 (自署の場合は押印不要)											

町記入欄

要介護 状態区分	保険料 納付状況	領収証 確認欄	給付 割合	給付対象 金額	給付 金額	備考
1 要支援 (1・2)	未納保険料 有・無 滞納保険料 有・無		1 1割			
2 要介護 (1・2・3・4・5)			2 2割			
			3 3割			