

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 2 当座 3 その他								
	金融機関コード		店舗コード										
	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	給付額	備考
1 要支援 (1・2)	未納保険料 有・無		1 1割 2 2割 3 3割			
2 要介護 (1・2・3・4・5)	滞納保険料 有・無					