

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	0 6 4 6 1 8					
被保険者氏名			被保険者番号						
			個人番号						
生年月日	年 月 日生		要介護度						
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									
遊佐町長 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。 年 月 日  住所 申請者 氏名 電話番号 被保険者との関係									
代理申請を行う 事業者情報	事業所名称								
	事業所種別								

注意：この申請書に、領収書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(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。

<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								
口座振替 依頼欄	銀行 農協 信用金庫	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 ( )					
	ゆうちょ銀行	記号	番号					
	フリガナ							
	口座名義人							

以下は記入しないでください。

受付印	個人番号カード提示	有・無		
	個人番号確認書類提示	有・無		
	個人番号システム確認済	<input type="checkbox"/>		
	身元確認書類	提出	代理権の確認	
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 書面 ( )	