

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 被保険者氏名			保険者番号	332114	
			被保険者番号	0000	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女		
要介護度	要支援（ ）・要介護（ ） 有効期間 H・R 年 月 日～H・R 年 月 日				
住所	〒 ー 備前市 電話番号（ ） ー				
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 販売事業者コード	購入金額（税込）	購入日		
			令和 年 月 日		
			令和 年 月 日		
			令和 年 月 日		
福祉用具が 必要な理由 ※個々に記入 すること。	記入者 事業所名 氏名				
備前市長様 上記のとおり関係書類（領収証及び福祉用具のパフレット等）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 備前市 氏名 電話番号（ ） ー					

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 信用金庫 農協	本店 支店(所) 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			
	フリガナ	口座名義人				

◎申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任状をご記入ください。（受領委任払いには必ず必要）

委任状	上記、申請の受領に関する権限を、下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	申請人 氏名	(署名できない場合は記名・押印が必要です)
	代理人 住所 (口座名義人) 氏名	(法人の場合は押印が必要です)

備前市記入欄 (償還払 ・ 受領委任払)

福祉用具支給実績	支給決定額	入力確認	備考
有（ ）・無 既支給額（ ）円	円		