

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 | | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| | | | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | |
| 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 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 | | |