

## 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			
被保険者氏名				被保険者番号			
				個人番号			
生年月日	年	月	日	要介護度等			
認定有効期間	年	月	日	～	年	月	日
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							
吉岡町長 様 前のとおり、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 氏名							
代理申請を行う 事業所情報	事業所名称						
	事業所種別						

注意 ・この申請書の裏面に領収書、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、個々の福祉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。

給付費を以下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	銀行 信用金庫 農協 ( )	本店 支店 ( )	種目		口座番号		
	金融機関コード	店舗コード	1 普通 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						