

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		1	1	3	2	6	6
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女						
住所									
福祉用具名 （種目名及び商品名）	製造事業者名、 販売事業者名及び事業者番号	購入金額	購入日※2						
種目名	製造事業者名	円	年 月 日						
商品名	販売事業者名								
種目名	製造事業者名	円	年 月 日						
商品名	販売事業者名								
種目名	製造事業者名	円	年 月 日						
商品名	販売事業者名								
福祉用具が 必要な理由※3									
毛呂山町長 あて 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。 令和 年 月 日 住所 申請者※4 (被保険者) 氏名 電話番号									

備考

- 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。
- 購入日が領収証の日付と異なる場合は、契約書等の契約日が確認できる書類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。なお、特定福祉用具販売計画を添付した場合は、省略可とします。
- 被保険者が死亡した場合、相続人を申請者として申請してください。
- 申請書提出後に公金受取口座を変更した場合、すぐに反映されない場合がありますので、ご了承ください。

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を次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）※5 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。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する								
口座振替 依頼欄	金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所				
	金融機関 コード				-				
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ( )		口座番号					
	フリガナ								
口座名義人									