

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								
			被保険者番号								
			個人番号								
生年月日			要介護度等								
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											
習志野市長様											
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	電話番号										
〒	被保険者との関係										
住所	個人番号										
申請者	※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。										
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証、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。

口座振込依頼欄	<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											
	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		店舗番号			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											

来庁者	受付者	在宅確認
-----	-----	------