# 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 個人番号 | |
| フリガナ<br>被保険者氏名 | | 保険者番号 | 1 5 2 1 8 1 |
| | | 被保険者番号 | |
| 生年月日 | 年　月　日 | 性　別 | 男・女 |
| 住　所 | 〒<br>電話番号 | | |

| 福祉用具名<br>（種目名及び商品名） | 製造事業者名及び<br>販売事業者名 | 購入金額 | 購入日 |
|---|---|---|---|
| | | 円 | 年　月　日 |
| | | 円 | 年　月　日 |
| | | 円 | 年　月　日 |

| | |
|---|---|
| 福祉用具が<br>必要な理由 | |

五泉市長　様

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。

年　月　日

申請者　住所

電話番号

氏名　　印

（注）
1　この申請書の裏面に、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。
2　「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。
3　欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

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下さい。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 口座振替<br>依頼欄 | 銀行<br>信金・信組<br>農協・労金 | 本店・支店<br>本所・支所 | 種目<br>1．普通預金<br>2．当座預金<br>3．その他 | 口座番号 |
| | 金融機関コード | 店舗コード | | |
| | フリガナ<br>口座名義人 | | | |

※　被保険者と保険給付金の受領者（口座名義人）が異なる場合は、下記委任状を記載してください。

| 介護保険居宅介護（介護予防）サービス費受領委任状 |
|---|
| 今申請に係る介護保険居宅介護（介護予防）サービス費の給付金の受領に関する権限を次の者に委任します。 |
| 年　月　日 |
| 委任者（被保険者）　住所<br>氏名　　印 |
| 受任者（口座名義人）　住所<br>氏名　　印 |

※この欄には、記入しないでください

| 保険者記入欄 | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者要介護（支援）認定期間 | | | |
| 年　月　日～　年　月　日 | | | |
| 被保険者要介護度 | | 要支援 | 要介護 |
| 申請回数 | 回目 | | |
| 給付対象額 | 申請者負担額 | 支給決定額 | |
| | | | |