

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			283655	
被保険者氏名			被保険者番号				
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		性別	男 ・ 女			
要介護状態	要支援() ・ 要介護()		認定期間	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)	製造事業者名		購入金額	購入日			
	販売事業者名						
	販売事業者番号						
			円	年 月 日			
			円	年 月 日			
			円	年 月 日			
福祉用具が 必要な理由							
多可町長 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 住 所 申請者 電話番号 氏 名							

- (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。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ください。

受取口座	☐ 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。						
	☐ 振込口座を指定する。						
口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店 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			
				3 その他			
	フリガナ						
	口座名義人						

福祉用具購入品目、仕様の説明

購入者氏名

福祉用具のパンフレットのコピーを以下に貼り付けてください。

委 任 状

年 月 日

住 所

氏 名

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費等の支給に関する保険給付金の受領を下記の者に委任いたします。

住 所

氏 名