

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						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													
鳥栖地区広域市町村圏組合管理者 様													
上記のとおり、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													
電話番号													
被保険者との関係													
個人番号													
※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。													
代理申請を行う 事業所情報	事業所名称												
	事業所種別												

必要添付書類	添付書類については、別紙「福祉用具購入チェックリスト」を参照
--------	--------------------------------

給付費を以下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 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										
	フリガナ												
	口座名義人												

保 険 者 記 載 欄	負担割合	割	本人支払済額	円	同一種目	有・無	支給決定額		円
	担当者	係			係長	課長補佐	課長		