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	(居宅介護支援事業所又は特定福祉用具販売事業所の名称) (記載者氏名)															
(あて先) 印西市長 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 〒 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															

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。

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。通帳等の写しの提出も不要になります。 ☐ 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														