

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	年	月	日	要介護度等																
認定有効期間	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)	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																				
府中市長 前のお通り、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	<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																		
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					番号												
	フリガナ																		
	口座名義人																		

<市記入欄> 負担割合 割/生活保護 有・無 /給付制限 有・無 /支給履歴 有・無 /