

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		被保険者番号	0	0	0										
被保険者氏名		生年月日				年		月			日				
	要介護状態等区分	要支援 : 1・2 要介護 : 1・2・3・4・5	認定期間			年		月		日	～	年		月	

住 所	〒 沼津市		電話	
-----	----------	--	----	--

福祉用具名 (種目、商品名)	製造事業者名	購入費用	購入日
		円	令和 年 月 日
		円	令和 年 月 日
		円	令和 年 月 日
指定特定福祉用具 販売事業所	事業所番号		
	事業所名称		

福祉用具が 必要な理由	
----------------	--

沼津市長 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。  
また、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領に関する権限を下記の者に委任します。  
(ただし、下記受任者欄に記入がある場合に限る。)

令和 年 月 日

住 所

申請者  
(委任者) 電話番号

氏 名

受任者 <small>※受領委任払のみ</small>	住 所	
	事業者名	電話番号
	代表者氏名	

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。〈ゆうちょ銀行(郵便局)不可〉

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 組合	本店 支店 出張所	種目	口 座 番 号						
	金融機関コード	支店コード	1 普通預金							
			2 当座預金							
			3 その他							
	フリガナ									
	口座名義人									

※受領委任払の場合は受任者(販売事業者)名義の口座を、償還払の場合は被保険者本人名義の口座を記入して下さい。

注意・この申請書に、領収証の写しを添付して下さい。