

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

		個人番号																	
フリガナ		保険者番号	2 1 2 0 4 3																
被保険者氏名		被保険者番号																	
生 年 月 日	年 月 日		性 別		男 ・ 女														
住 所	〒		自己負担割合 (1割 ・ 2割・ 3割)																
福祉用具名(種目)																			
福祉用具名(商品名)																			
販 売 事 業 者																			
製 造 事 業 者 名																			
購 入 金 額	円		円		円														
購 入 日	年 月 日		年 月 日		年 月 日														
福 祉 用 具 が 必 要 な 理 由																			

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。

多治見市長

年 月 日

申請者 住所

(被保険者)

電話番号

氏名

(※)

(※)本人が自署しないときは、押印してください。

《委任状》

※振込口座名義人が申請者と異なる場合、下記の欄に記入してください。

私は、介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を受領する権限を、下記の者に委任します。

続柄

(住所)

(口座名義人名)

()

年 月 日

住 所

氏 名

(※)

(※)本人が自署しないときは、押印してください。

◆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。

振込先金融機関名	本店・支店	預金種別	口 座 番 号	口 座 名 義 人
				(フリガナ)

※添付書類： ①福祉用具購入に関わる領収書

②購入した福祉用具のパンフレット(内容の分かるもの)

※「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記入してください。