

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			
<p>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。</p> <p>多治見市長 年 月 日 申請者 住所 (被保険者) 電話番号 氏名 ⑩</p>			

《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。		
(住所)	(口座名義人名)	続柄 ( )
年 月 日	住 所	氏 名 ⑩

◆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。