

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		4	0	2	1	1	5
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	年 月 日	個人番号							
住 所	〒 筑後市 電話番号：								
特定販売事業者名		事業者番号	4	0					
種目※ ₁	商品名	製造事業者名	購入金額		購入年月日				
			円		年	月	日		
			円		年	月	日		
			円		年	月	日		
購入金額合計			円						
<small>※₁ 種目には、腰掛便座・自動排泄処理措置の交換可能部品・排泄予測支援機器・入浴補助用具・簡易浴槽・移動用リフトのつり具部分・固定用スロープ・歩行器（歩行車を除く）・単点杖（松葉づえを除く）・多点杖のいずれかを記載してください</small>									
筑後市長 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。 年 月 日 住所 筑後市大字 申請者 氏名 電話番号									

添付資料：領収証、福祉用具のパフレット、**居宅サービス計画**又は**特定福祉用具販売計画**を添付してください。

上記申請に基づく福祉用具購入費について、希望する受領方法に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。									
<input type="checkbox"/> 本人口座への振込									
振 込 先	金融機関名	店舗名	種目	口座番号					
	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	普通預金 当座預金 その他						
	フリガナ								
	口座名義人								
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用（公金給付支給等登録制度においてマイナポータルに登録している口座への振込を希望）									

保険者処理欄									
要介護度	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	負担割合	割	残額	円	同一品目の購入	有・無	
要介護認定有効期間	年 月 日 ~			年 月 日	給付制限		有・無		