

介護保険 居宅介護 福祉用具購入費支給申請書
介護予防

被 保 険 者	フリガナ		保険者番号														
	氏名		被保険者番号														
	生年月日		個人番号														
	負担割合																
	住所	〒															
														電話番号			
福祉用具名 (種目名及び商品名)			製造事業者名 及び販売事業者名			購入金額			購入日								
						円			年 月 日								
						円			年 月 日								
						円			年 月 日								
福祉用具を必要とする理由																	
(宛先) 高松市長 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 申請者 住所 氏名																	
電話番号																	

居宅介護(支援)福祉用具購入費を次の支払方法により処理してください。

支 払 方 法 依 頼 欄	<input type="checkbox"/> 公金受取口座 <input type="checkbox"/> 受領委任払い(口座振替) <input type="checkbox"/> 償還払い(口座振替)															
	口 座 振 替 先	銀行 農協 信用金庫	支店 出張所	種目	口座番号											
		金融機関コード	店舗コード	1 普通預金												
				2 当座預金												
		フリガナ														
	口座名義人															

- 注1 「福祉用具を必要とする理由」欄は、個々の用具ごとに記載してください。欄に記載しきれないときは裏面に記載してください。
- 2 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 公金受取口座」にチェック(✓)してください。
- 3 公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。
- 4 次の書類を添付してください。
- (1) 受領委任払いによる場合は、所定の委任状
 - (2) 領収証及び当該福祉用具のパフレット等(この申請書の裏面に添付してください。)

受付担当者には裏面も記入してください。

<受付担当者記入欄>

職権確認 (個人番号)	
----------------	--

個人番号 確認書類	1 個人番号カード	2 通知カード	3 個人番号が記載された住民票等	4 その他 ()		
申請者 確認書類	1点のみで可	1 個人番号カード	2 運転免許証	3 身体障害者手帳	4 介護支援専門員証	5 その他 ()
	2点確認必要	1 介護保険被保険者証	2 医療保険証	3 介護保険納入通知書	4 長寿手帳	5 包括・事業所の職員証