

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								
被保険者氏名	被保険者番号								
	個人番号								
生年月日	年月日	要介護度等	要支援1・2/要介護1・2・3・4・5						
認定有効期間	年月日～年月日								
住所	電話番号								
福祉用具名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売事業者指定番号	製造事業者名及び販売事業者名	購入金額	購入日					
(TAISコード)			円	年月日					
(TAISコード)			円	年月日					
(TAISコード)			円	年月日					
福祉用具が必要な理由									
水戸市長様 前のとおり、関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 年月日 〒 住所 申請者 氏名 電話番号 被保険者との関係 個人番号 ※ 公金受取口座を利用する場合は 記入ください。									
代理申請を行う 事業所情報	事業所名称								
	事業所種別								

- 注意
 - この申請書の裏面に領収証、福祉用具のパンフレット等を添付してください。
 - 「福祉用具が必要な理由」については、個々の福祉用具ごとに記載してください。

欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	<input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する									
口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協 ()	本店 支店 ()	種目	口座番号						
	金融機関コード	店舗番号	1 普通 2 当座預金 3 その他 ()							
	ゆうちょ銀行	記号								
	フリガナ	番号								
	口座名義人									

(本申請に係る委任)

私（被保険者）は次の事項について委任します。

- 本申請については、上記の申請者を代理人と定め申請に係る権限（取下げに関する権限を含み、本申請に係る決定通知書の受取りを除く。）を委任すること。
- 本申請に係る保険給付の受領については、上記の口座名義人が受領すること。

被保険者氏名



