

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	オオフナト ハナコ	個人番号	0000000000000000
被保険者氏名	大船渡 花子	被保険者番号	0000000000000000
生年月日	明・大(昭) ×年×月×日生	性別	男・女
住所	〒×××-×××× 大船渡市××× 電話番号 ××-××××		

①被保険者の住所等を記載願います。

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
入浴補助用具 ※種目 ××手すり ※商品名	錦×× ※販売業者 ××× ※メーカー	×××× 円	平成 ×年×月×日
		円	平成 年 月 日
		円	平成 年 月 日

②福祉用具等に関する事を記載願います。特に、種目、商品名、販売業者、メーカーの記載漏れにご留意ください。

福祉用具が必要な理由 **××××により、浴槽への出入り等が××××**

大船渡市長 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。
平成 ×年×月×日

申請者 住所 大船渡市××× 被保険者との関係 (本人)
氏名 大船渡 花子 ④ 電話番号 ××-××××

③申請者の住所等を記載願います。

※添付書類：領収証（写し）、福祉用具のパンフレット等
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。

口座振込 依頼欄	大船渡	大船渡	種目	口座番号
	銀行・農協 信漁連 信組・信金 労働金庫	本店 支店 出張所	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	00000000
	金融機関コード	店舗コード		
	フリガナ	オオフナト ハナコ	被保険者との関係	本人
	口座名義人	大船渡 花子		
	住所	大船渡市×××	電話番号	××-××××

④振込み先の口座等を記載願います。

事務処理欄

収 受	要介護度	要支援 (1・2)	要介護 (1・2・3・4・5)
	年度内利用	有・無	(有の場合 利用額 円)
	保険料納付	未納保険料 (有・無)	滞納保険料 (有・無)
	支給決定額	円	
	債権者登録	申請者 済 (番号)	
		口座名義人 済 (番号)	

⑥ここ部分は記載不要です。

⑥最終確認をお願いいたします。

チェックボックス

記載漏れはないか。

記載誤りはないか。(記載誤りがある場合は、申請者の訂正印が必要となります。)

委任状は必要ないか。(申請者及び振込み先が、被保険者でない場合に必要となります。)

添付書類は揃っているか。(申請書、パンフレット、領収書)