

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				1	9	2	0	2	1
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									
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													
富士吉田市長 様 前のお通り、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 〒 電話番号 住所 被保険者との関係 申請者 氏名 個人番号 ※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。													
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 type="checkbox"/> 振込口座を指定する ※ゆうちょ銀行を指定の場合、口座番号が不明なときのみ記号・番号を記入してください。													
口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協 信用組合	本店 支店 出張所			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				番号								
	フリガナ													
	口座名義人													