

介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ					保険者番号							1	2	2	3	6	6	
被保険者氏名					被保険者番号													
					個人番号													
生年月日	年 月 日				性別							男・女						
住所	〒																	
	電話番号																	
要介護状態区分																		
認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで																	
種目名	製造事業者名				購入金額							購入日						
商品名	販売指定事業者名																	
					円													
					円													
					円													
					円													
福祉用具が必要な理由																		
香取市長様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)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 ※氏名は自署してください。																		

居宅介護(支援)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行	本店	種目	口座番号					
	信用金庫	支店							
	信用組合	出張所	1 普通預金						
	農業協同組合		2 当座預金						
	金融機関コード	店舗コード	3 その他						
	フリガナ								
	口座名義人								

注意事項

- この申請書の他に、領収書、福祉用具のパンフレット等を添付してください。
- 購入金額については、被保険者自己負担額を記入してください。
- 「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。なお、欄内に記載が困難な場合は、別紙に記入のうえ、申請書に添付してください。
- 特定福祉用具販売指定居宅サービス事業者で購入した場合に限り支給されます。

# 委任状

年 月 日

香取市長 様

委任者 住所  
氏名

※氏名は自署してください。

私は、下記の者に介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費に係る支給申請の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者	住所
	氏名
	続柄
	電話番号