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	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		要介護度等									
認定有効期間	～										
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	

香取市長　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	□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。 □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　　番号		
	フリガナ			
	口座名義人			

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