

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	2	1	2	1	4	2
被保険者氏名			被保険者番号		0	0	0		
生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号				
住 所	〒 ー 可児市						自己負担割合 1割・2割・3割		
福祉用具名		製造事業者名	販売事業者名	購入金額	購入日				
種 目	商品名								
				円	年 月 日				
				円	年 月 日				
				円	年 月 日				
福祉用具が必要な理由	【記入した人】 (1 ケアマネジャー 2 福祉用具専門相談員 3 その他)								
可児市長 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。 年 月 日 住 所 申請者 (被保険者) 氏 名 電話番号									

注意 ・この申請書に、領収書及び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、個々の用具ごとに記載してください。なお、必要な理由が記載された居宅サービス計画または特定福祉用具販売計画を添付する場合は記入の必要はありません。

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。(□のどちらかにレ点を記入)

- 公金受取口座を利用する。(マイナポータルにおいて、あらかじめ公金受取口座の登録が必要です。)
- 振込口座を指定する。

口座振替 依頼欄	銀行 農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号					
			1 普通預金						
			2 当座預金						
	ゆうちょ銀行		の						
	フリガナ								
	口座名義人								
受領については、口座名義人に委任します。(※口座名義人が被保険者の場合は記入不要) (被保険者名)									

※市記入欄

認定状況	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	認定日 年 月 日	有効期間 年 月 日～ 年 月 日
保険内金額		利用者負担額	支給決定額
円		円	= 円