

様式第25号 (第30条関係)

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							
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					
			円	年 月 日					
			円	年 月 日					
			円	年 月 日					
福祉用具が 必要な理由									
<p>大田原市長 様</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて介護保険 (居宅介護・介護予防) 福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 〒 電話番号</p> <p>申請者 氏名 被保険者との関係</p>									
代理申請を行う 事業所情報	事業所名称								
	事業所種別								
<p>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。</p> <p>・「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。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。</p> <p>介護保険 (居宅介護・介護予防) 福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。</p>									
受取口座	<input type="checkbox"/> 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) <small>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。</small> <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。								
口座振替 依頼欄	金融機関名	支店等名	種目	口座番号					
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金						
			2 当座預金						
			3 その他 ()						
	フリガナ								
	口座名義								

決裁	課長	係長	係	入力