様式第２４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	

大田原市長　様

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。

年　月　日

申請者
住所　〒　　電話番号
氏名　　被保険者との関係

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。

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。

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。

口座振替依頼欄				
	金融機関名	支店等名	種目	口座番号
			1　普通預金 2　当座預金 3　その他 （　　）	
	金融機関コード	店舗コード		
	フリガナ			
	口座名義			