

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										
<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