

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

		個人番号				
フリガナ			保険者番号			
被保険者氏名			被保険者番号			
生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別	男 ・ 女		
住 所	〒 電話番号					
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額		購入年月日		
		円		年 月 日		
		円		年 月 日		
		円		年 月 日		
福祉用具が 必要な理由						
<p>安八郡広域連合長 様</p> <p>上記のとおり、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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 〒</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p style="text-align: right;">氏名 印 被保険者との関係</p>						

*申請者が被保険者本人または同居の家族の場合、『被保険者住所』欄の記載不要

- (注意) 1 この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。
 2 「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下さい。
 欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

上記購入費を下記の口座に振り込んで下さい。(※預貯金通帳またはキャッシュカードの写し添付)

口座振込 依頼欄	金融機関名称	店名	種別	口座番号	フリガナ 口座名義人
	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	普通		
金融機関・店舗コード					

*口座振込先が被保険者本人名義でない場合は、裏面の委任状も記入・押印すること。

保険者記入欄	<input type="checkbox"/> 領収書及び福祉用具等のパンフレット <input type="checkbox"/> 口座振込先の預貯金通帳またはキャッシュカードの写し <input type="checkbox"/> その他広域連合が必要と認められるもの
--------	---

身元確認	1点で良いもの (国または地方公共団体の機関が発行した身分証明で写真を貼付されたもの)	2点必要なもの	受付者
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 各種障害手帳 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 各種健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 各種公的年金証書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他	

委 任 状

年 月 日

委任者（被保険者本人） 氏名

印

私は、下記の者を代理人と定め、介護保険法による次の権限を委任します。

- 1 居宅介護（予防）福祉用具購入費の受領に関すること

受任者（代理人） 住所

氏名

※〈代筆する場合のみ〉代筆する方がすべて記入してください。

代筆者 住所

氏名

印

委任者との続柄

- 注意1) 口座振込先が委任者本人名義でない場合にご利用下さい。
注意2) この委任状は、すべて委任者が直筆にて記入・押印して下さい。
注意3) 虚偽行為があった場合は、刑法により罰せられる場合があります。

※「福祉用具が必要な理由」が表面に記入できない場合は、ここから記入してください。