

介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名			個人番号									
			保険者番号				3	3	2	1	3	0
			被保険者番号									
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	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>赤磐市長 殿</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅介護(支援)福祉用具購入費の【申請手続き・受領】に関する権限を裏面代理人に委任します。</p> <p style="margin-left: 40px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 40px;">住所</p> <p style="margin-left: 40px;">申請者 電話番号 ()</p> <p style="margin-left: 40px;">(委任者)</p> <p style="margin-left: 40px;">氏名</p>												

- 注意 ・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。
- ・「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。
 - ・本人以外の口座を指定する場合及び申請手続きを申請者以外が行う場合には裏面に記入をしてください。居宅介護(支援)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

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								
			3 その他								
		金融機関コード	店舗コード								
		フリガナ 口座名義人									

【居宅介護（支援）福祉用具購入費の申請手続きに係る代理人】	
	住所 _____
代理人	氏名 _____
	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 _____
	連絡先 _____
	続柄 _____
【居宅介護（支援）福祉用具購入費の受領に係る代理人】	
	住所 _____
代理人	氏名 _____
	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 _____
	連絡先 _____
	続柄 _____

市確認欄	代理権	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の被保険者証 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他
	1点	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他
	2点	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> その他