

回 覧	課 長	統 括	専門員・主査	グループ員

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 被保険者氏名			保険者番号																																											
			被保険者番号																																											
生年月日	年	月	日	要介護度	要支援	／要介護		自己負担割合		割																																				
被保険者住所																																														
福祉用具名 (種目名及び商品名)		製造業者名及び 販売事業者名			購入金額			購入日																																						
								年 月 日																																						
								年 月 日																																						
								年 月 日																																						
福祉用具が 必要な理由																																														
													介護支援専門員等確認 所属																																	
													職・氏名																																	
中山町長 様 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（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 () 氏名																																														

※ 注意

- ・「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。
- ・領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。
- ・別紙請求書を記入し提出してください。ただし、請求年月日、請求金額欄は審査・決定後記入しますの
で記入しないでください。

保険者記入欄

要介護度 支1・2 介1・2・3・4・5	今年度既給付 無・有 (円)	今回対象額 円	自己負担割合 自己負担 給付額	割 円 円
----------------------------	--------------------	------------	-----------------------	-------------

【購入した福祉用具の領収書の写しを貼付してください】

【購入した福祉用具のパンフレットの写しを貼付してください】

請求書(償還払)

☐ 住宅改修費

請求日 年 月 日

中山町長 様

次のとおり請求いたします

被保険者名 (請求者名)	住 所	中山町
	氏 名	印

請 求 金 額	円
適 用	購 入 ・ 着 工 年 月
☐ 介護予防福祉用具購入費(要支援認定者) ☐ 居宅介護福祉用具購入費(要介護認定者) ☐ 介護予防住宅改修費 (要支援認定者) ☐ 居宅介護住宅改修費 (要介護認定者)	年 月

希望する支払い方法に○をつけてください。

1. 公金受取口座を利用する。

[illegible]

注 1 公金受取口座をご利用される場合は、マイナポータル等にて口座情報をご登録いただく必要があります。

2 公金受取口座選択した場合は、以下の口座振替依頼欄には記入しないでください。以下の口座振替依頼欄にご記入した場合は、以下の口座振替依頼欄が優先されます。

2. 口座振替(本人の口座)

3. 口座振替(本人以外の口座)

私は、介護保険の_____費支給に関する受領について、次の者を代理人として委任します。

受任者 住所 氏名 (続柄)

2. または3. の方は下記に振込口座をご記入ください。

口座振替 依頼欄	銀 行	本 店 支 店 出張所	預金種目		口 座 番 号						
	信用金庫		1 普通預金								
	信用組合		2 当座預金								
	農 協	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								

※保険者記入欄

個人番号
確認者印