

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	4 3 1 0 0 7	
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 販売事業所名	購入金額	購入日	
(TAISコード: )			円	年	月 日
(TAISコード: )			円	年	月 日
(TAISコード: )			円	年	月 日
福祉用具が 必要な理由					
<p>熊本市長様</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。 また、熊本市から支払われる福祉用具購入費の請求を熊本市介護保険課長(同課長に 事故があるときは、同主幹)に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者</p>					
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書、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、個々の福祉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。
  - 添付書類は申請書へ貼り付けずに提出してください。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

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） 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。通帳の写しの提出も不要になります。				
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する※				
口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協 ( )	本店 支店 ( )	種目	口座番号	
	金融機関コード	支店コード	1 普通 2 当座預金 3 その他 ( )		
	フリガナ				
	口座名義人				

※振込口座を指定する場合は、通帳写し(確認用)の提出にご協力ください。(通帳持参時は不要)