

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	3	5	2	1	5	3	
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日						
住所	〒 ー 周南市									
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名	販売事業者名	購入金額	購入年月日						
			円	令和	年	月	日			
			円	令和	年	月	日			
			円	令和	年	月	日			
福祉用具が必要な理由										
添付資料	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 福祉用具パンフレット等 <input type="checkbox"/> 代理申請書									
(あて先) 周南市長 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。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 TEL () ー ※1. 本人自署以外は押印要										

委任欄	委任者 (被保険者本人)	居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領を、下記の者に委任します。	
	受任者	被保険者氏名	住所 受任者氏名
※2. 本人自署以外は押印要 本人口座への振込の場合は、委任欄の記入不要			

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行・農協 信用金庫・信用組合	本店・支店 本所・支所 出張所	口座種目	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				
口座名義人				

居宅介護支援 事業所名		介護支援 専門員	
----------------	--	-------------	--

処理欄

認定年月日	年 月 日	要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要介護		
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	給付制限	収 受			
支給決定額	× = 円	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
決裁欄	課長	主幹	課長補佐	係長	係	処理要旨
						上記の通り給付いたしたく