

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0															担当介護支援専門員
	個人番号																			事業所
	フリガナ																		担当者	
	氏名																		福祉用具が必要な理由	
	住所	新居浜市 電話番号																		
	生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女													
申 請 者 （ 被 保 険 者 ）	(宛先) 新居浜市長 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。 令和 年 月 日																			
	住所 新居浜市																			
	氏名																			
福祉用具名 (種目及び商品名)		製造事業者及び 販売事業所名			購 入 日			購 入 金 額			保険給付請求額									
					令和 年 月 日			円			円									
					令和 年 月 日			円			円									
					令和 年 月 日			円			円									
合 計										円			円							

居宅介護（予防）福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。

口 座 振 込 依 頼 欄	金融機関コード			店 舗 コ ー ド			種 目
	銀行 農協 金庫			本店 支店 出張所			
	口 座 番 号						
	フリガナ						
	口座名義人						

市記入欄

支給決定額	円
-------	---

注意

- 1 領収書及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
- 2 口座名義人が被保険者以外の場合は、次の委任状に記入してください。

委 任 状		令和 年 月 日
(宛先) 新居浜市会計管理者 私が新居浜市から支払を受ける居宅介護（予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を次の者に委任します。		
委任者（被保険者）	受任者（口座名義人）	
住所 新居浜市	住所	
氏名	氏名	

受 付	個人番号確認	申 請 登 録	結 果 登 録
	1 通知カード又はその写し 2 個人番号カード又はその写し 3 その他（ ）		