

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   |  | 2     | 5 | 2 | 0 | 3 | 1 |
| 被保険者氏名                                    |                   | 被保険者番号  |  |       |   |   |   |   |   |
| 生 年 月 日                                   | 大・昭 年 月 日生        |         |  |       |   |   |   |   |   |
| 住 所                                       | 〒 長浜市 電話番号        |         |  |       |   |   |   |   |   |
| 福 祉 用 具 名<br>(種目及び商品名)                    | 製造事業者及び<br>販売事業者名 | 購 入 金 額 |  | 購 入 日 |   |   |   |   |   |
|                                           |                   | 円       |  | 令和    | 年 | 月 | 日 |   |   |
|                                           |                   | 円       |  | 令和    | 年 | 月 | 日 |   |   |
|                                           |                   | 円       |  | 令和    | 年 | 月 | 日 |   |   |
| 福 祉 用 具 が<br>必 要 な 理 由                    |                   |         |  |       |   |   |   |   |   |
| 長浜市長 あて                                   |                   |         |  |       |   |   |   |   |   |
| 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 長浜市                                    |                   |         |  |       |   |   |   |   |   |
| 申請者 電話番号                                  |                   |         |  |       |   |   |   |   |   |
| 氏名                                        |                   |         |  |       |   |   |   |   |   |
| ※氏名を手書き(自署)しない場合は、記名押印をお願いします。            |                   |         |  |       |   |   |   |   |   |

※ 購入した福祉用具の概要がわかるパンフレット等及び領収書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、理由を記載した書類を添付する等してください。

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

|                  |                    |                |         |         |  |  |  |  |  |
|------------------|--------------------|----------------|---------|---------|--|--|--|--|--|
| 口 座 振 替<br>依 頼 欄 | 銀行<br>信用金庫<br>協同組合 | 本店<br>支店<br>支所 | 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 |         |  |  |  |  |  |
|                  | フリガナ               |                |         |         |  |  |  |  |  |
|                  | 口座名義人              |                |         |         |  |  |  |  |  |

※ 受領委任払による支給申請を行う場合は、裏面の必要事項を記入してください。

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費代理受領委任状

長浜市長 あて

次のとおり、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領に関する権限を委任します。  
また、長浜市が、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給決定の情報を代理人へ提供することを承諾します。

令和            年            月            日

委任者氏名

※氏名を手書き(自署)しない場合は、記名押印をお願いします。

|                |       |                    |
|----------------|-------|--------------------|
| 受代<br>任理<br>者人 | 所在地   | 〒<br>.....<br>電話番号 |
|                | 業者名   |                    |
|                | 代表者氏名 | 印                  |