

要介護度	
負担割合	1割・2割・3割
申請回数	初回・複数回

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）

フリガナ				
被保険者氏名	保険者番号			
	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 販売事業者名	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>北茨城市長 様</p> <p>前のお通り、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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p>申請者 所在地 事業所番号 (受領委任事業所) 事業所名 電話番号 代表者氏名</p>				
<p>上の事業所に居宅介護（予防）福祉用具購入費の請求及び受領を委任します。</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名</p>				

注意 ・この申請書の裏面に領収証、福祉用具のパ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。
 給付費を以下の口座に振り込んでください。

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	店舗番号	1 普通 2 当座預金 3 その他 ()		
	ゆうちょ銀行	記号	番号		
	フリガナ				
	口座名義人				