

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

フリガナ				保険者番号				
被保険者氏名				被保険者番号				
				個人番号				
生年月日	年 月 日			要介護度等				
認定有効期間	年 月 日			～	年 月 日			
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 style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p style="text-align: right;">被保険者との関係</p> <p style="text-align: right;">個人番号</p> <p style="text-align: right;">※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。</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。

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） <small>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。通帳等の写しの提出も不要になります。</small> <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	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							