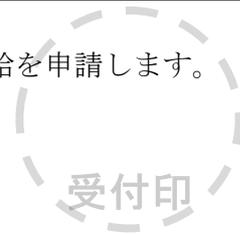


介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保険者番号	2 8 2 2 7 7		
被保険者氏名			被保険者番号	0 0 0		
生年月日	年	月	日	個人番号		
住所	〒					
	電話番号					
要介護度			負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割		
認定有効期間	年		月	日	～	年 月 日
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	
購入個数			合計金額	円		
福祉用具が 必要な理由						
宍粟市長 様 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。 年 月 日 〒 申請者 住所 電話番号 氏名 被保険者との続柄						
代理申請を行う 事業所情報	事業所名					
	事業所種別					



注意 ・ この申請書に福祉用具サービス計画書、領収書（原本）及び福祉用具のパフレット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。

下記の口座に振り込んで下さい。

※受領委任払制度利用の場合は記入不要ですが、受領委任払制度に係る委任状を添付してください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協 ()	本店 支店 ()	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	※口座名義人が被保険者本人以外の場合は委任状（裏面）が必要です。				

【市確認欄】

申請者 確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 () <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 (後期 ・ 国保 ・ 社保) <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()			個人 番号 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	課長	副課長	係長		係員	区分	償還払・受領委任払
					本人支払分	支給決定額	本人負担額
						70・80・90/100	30・20・10/100

委任状

年 月 日

宍粟市長 様

委任者（被保険者）

〒

住 所

氏 名

印

私は次の者に居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者

住 所

氏 名

続柄（ ）

電話番号

福祉用具が必要な理由