

**介護保険居宅介護(介護予防) 特定福祉用具購入費支給申請書**

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号		0	6	3	2	3	0	
			被保険者番号	0	0	0	0				
個人番号											
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性	別	男 ・ 女				
住 所	〒990- 朝日町大字  電話番号 0237 ( )										
要 介 護 度	要支援1 ・ 要支援2 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5										
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業所及び 販売事業所名	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 必要な理由	別紙のとおり										
<p>朝日町長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)特定福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 朝日町大字</p> <p>氏名 _____ ④ 電話番号 _____ ( )</p>											

注意 ・ この申請書の他に、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。  
 ・ 「福祉用具が必要な理由」について、別紙理由書に個々の用具ごとに記入してください。

\*居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。  
 \*口座名義が、被保険者でない場合は、裏面の委任状が必要となります。

口座 振替 依頼 欄	銀行 信用組合 信用金庫 農 協	本店 支店 支所 出張所	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 3 その他	
	フリガナ 口座名義人			

## 委 任 状

(あて先) 朝日町長

私は、介護保険居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費の申請・請求・受領に関する権限を下記代理人に委任します。

令和 年 月 日

(被保険者)

住 所 朝日町大字

---

氏 名

⑩

(代理人)

住 所

---

氏 名

⑩

被保険者との関係

---