

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0	担当介護支援専門員	
	個人番号		事業所	
	フリガナ		担当者	
	氏名		福祉用具が必要な理由	
	住所	新居浜市 電話番号		
	生年月日	年 月 日		
申請者 (被保険者)	(宛先) 新居浜市長 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。 令和 年 月 日 住所 新居浜市 氏名			
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者及び 販売事業所名	購入日	購入金額	保険給付請求額
		令和 年 月 日	円	円
		令和 年 月 日	円	円
		令和 年 月 日	円	円
合 計			円	円

居宅介護（予防）福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。

口 座 振 込 依 頼 欄	金融機関コード	店 舗 コード	種 目
	銀行 農協 金庫	本店 支店 出張所	
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		

市記入欄

支給決定額	円
-------	---

注意

- 1 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。
- 2 口座名義人が被保険者以外の場合は、次の委任状に記入してください。

委 任 状		令和 年 月 日
(宛先) 新居浜市会計管理者 私が新居浜市から支払を受ける居宅介護（予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を次の者に委任します。		
委任者（被保険者）	受任者（口座名義人）	
住所 新居浜市	住所	
氏名	氏名	

受 付	個人番号確認	申 請 登 録	支 給 方 法
	1 通知カード又はその写し 2 個人番号カード又はその写し 3 その他 ()		<input type="checkbox"/> 償還払い <input type="checkbox"/> 受領委任払い