

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	3	2	1	0	8
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0	0	0	
生年月日	明・大・昭 年 月 日								
要介護状態区分等 (購入時)	要支援	要介護	認定期間	令和 年 月 日 ～令和 年 月 日					
	1・2	1・2・3・4・5							
住所	刈谷市								
福祉用具種目	製造事業者名	購入金額	福祉用具が必要な理由						
商品名	販売事業者名 (事業所番号)	購入日							
		円							
	()	令和 年 月 日							
		円							
	()	令和 年 月 日							
	()	令和 年 月 日							
刈谷市長 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 申請者 住所..... 氏名..... 電話番号.....(.....).....									

備考 この申請書に領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農業協同組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号					
	フリガナ		1 普通預金 2 当座預金 3 その他						
	口座名義人								

ゆうちょ銀行の場合

通帳記号				通帳番号					
1			0						
フリガナ									
口座名義人									

●受領委任払いの場合は、裏面の「受領委任払い同意書」を記入してください。

市記入欄

負担割合	保険料	実績
領収日 / 1割・2割・3割	無・有	無・有

(裏 面)

様式第3号

受領委任払い同意書

令和 年 月 日

申請者 住 所.....

氏 名.....

※自署または記名押印してください。

電話番号 () -

この申請に係る介護給付費等の受領に関する権限を下記の事業者に委任します。

上記申請者に係る介護給付費等の受領について同意します。

なお、介護給付費等は、請求書類に記載の口座に振り込んでください。

受領委任登録番号.....

所 在 地.....

事 業 者.....

代 表 者.....

※自署または記名押印してください。

電話番号 () -