

**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			保険者番号	285858		
被保険者氏名			被保険者番号			
			個人番号			
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女
住所	〒		電話番号			
被保険者の状況			在宅・入院（入所）中			
福祉用具名 （種目名及び商品名）	製造事業者名及び 販売事業者名		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						
香美町長様  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。  令和 年 月 日  住所 申請者 電話番号 氏名						

注意 ・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパン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。

○居宅介護（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	預金種目	1 普通	2 当座	3 その他	
		口座番号				
		金融機関コード	店舗コード		フリガナ	
	ゆうちょ銀行	記号	番号		フリガナ	
				口座名義人		

町記入欄	提出	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送				
	本人確認 （代理人の本人確認）	写真有	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他( )			
		写真無 (2種類)	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 医療保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他( )			
	代理権の確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の被保険者証など				
個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号(通知)カード <input type="checkbox"/> 住民票(個人番号有)など <input type="checkbox"/> 同意の上職員が確認					

<input type="checkbox"/> 要介護度 ( )	<input type="checkbox"/> 認定期間 ( ~ )
<input type="checkbox"/> 給付実績 ( <input type="checkbox"/> あり )	<input type="checkbox"/> なし )
<input type="checkbox"/> 入力日 ( )	<input type="checkbox"/> 整理番号 ( )