

様式第18号(第16条関係)

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		0	6	4	6	1	8
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								
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 販売事業者名	購入金額	購入日						
		円	年 月 日						
		円	年 月 日						
		円	年 月 日						
福祉用具が 必要な理由									
遊佐町長 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。 年 月 日 住所 申請者 氏 名 Ⓜ 電話番号									

注意：この申請書に、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)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 農協 信用金庫	本店 支店 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									

以下は記入しないでください。

受付印	個人番号カード提示	有・無		
	個人番号確認書類提示	有・無		
	個人番号システム確認済	<input type="checkbox"/>		
	身元確認書類	提出	代理権の確認	
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <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"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 書面 ()	