

介護保険居宅介護（予防）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 2 7 2 3 0 2														
	被保険者番号														
生年月日	年	月	日	個人番号											
住 所	〒										Tel				
購入時の要介護度	要支援 1、2 要介護 1、2、3、4、5		有効期間	年		月	日	～	年		月	日			
購入時の入院・入所の有無	無・有〔施設名										・退院(退所)日		年	月	日
福祉用具名 (種目及び商品名)		製造事業者 購入事業者名			事業所指定番号				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(個々の用具ごとに記載)															
交野市長様 上記のとおり、関係資料を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 住 所 _____ 申請者 _____ 氏 名 _____ Tel _____															

〔添付書類〕

- 1 領収書(宛名は被保険者) 2 購入した福祉用具のパンフレット

居宅介護(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。(□に✓印を入れてください。)

公金受取口座を利用する。

※利用する場合は、口座情報の記入は不要です。ただし、あらかじめマイナポータル上で公金受取口座の登録が必要です。

以下の口座を利用する。

受領方法	口座振込 ・ 現金払い		口座の種類	口 座 番 号			
口座振込	銀 行	本 店	1 普通預金	●	●	●	●
	信用金庫	支 店	2 当座預金	●	●	●	●
	信用組合	出張所	3 その他	●	●	●	●
依 頼 欄	フリガナ 口座名義人		被保険者との関係				

※口座情報(公金受取口座を含む)を変更等された際は、速やかに当課にご連絡ください。

〔以下・市記入欄〕

本年度内の用具購入履歴	無・有 (回)	購入金額合計	円	確認印
用具購入に要した総費用	円	支給対象となる審査決定額	円	
支 給 金 額	円 × 給付率 () =		円	
自 己 負 担 額			円	