



介護保険 居宅介護（介護予防）福祉用具 購入費 支給申請書

飯田市長あて

次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。

被 保 険 者	被保険者番号	000										
	フリガナ											
	氏 名											
	住 所	〒 飯田市										
		電話番号										
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										※飯田市処理欄 支給決定金額		
										円		
支 払 方 法  ( 振 込 先 )	飯 田 信 用 金 庫 八 十 二 長 野 銀 行 み な み 信 州 農 協 銀 行		本 店 支 店 支 所		1 普通預金 2 当座預金 3 貯蓄預金		口 座 番 号					
	金融機関コード		店舗コード		フリガナ							
					口 座 名義人							
(委任状) ※口座名義人が被保険者本人でない場合（押印必須） 福祉用具購入費の受領を上記口座名義人に委任します。												
										委任者（被保険者）		印
令和 年 月 日												
申請者 住 所 飯田市												
(被保険者) 氏 名												
※申請者が自署しない場合は記名押印をしてください。												

\* 注意 ・ この申請書に、領収書（原本）及び福祉用具のカatalog、居宅サービス計画書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。