

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 被保険者氏名	被保険者番号		0	0	0	0								
	個人番号													
	生年月日													
住所	〒 285-													
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								
アイテムを選択してください。				円		年 月 日								
				円		年 月 日								
				円		年 月 日								
福祉用具が 必要な理由														
(宛先) 佐倉市長 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・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。

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。
 公金受取口座を利用する（償還払いでマイナポータル登録済みの方が指定できます）
 以下の口座を利用する

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合		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												

福祉用具販売事業所番号														
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

佐倉市記入欄

確認者	番号確認	番号	通知	住民票	住・P・A	領収証返却	済	未
	身元確認	運免・障手	介保・健保・負割・後保	他()		支給額		
	代理権	戸籍・証明	委任・介保	他()		備考		
	代理身元	番号	運免	居専	他()			