

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		3	8	2	0	5	1
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0	0			
		個人番号							
生年月日	年 月 日	要介護度等							
認定有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日								
住 所	〒 新居浜市 電話番号								
福祉用具名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売 事業者指定番号	製造事業者名及び 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									
(宛先) 新居浜市長 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 〒 申請者 住所 新居浜市 (被保険者) 氏名 電話番号									
担当介護支援専門員	事業所名		担当者						

注意 1 領収証、福祉用具のパフレット等を添付してください。
2 「福祉用具が必要な理由」については、個々の福祉用具ごとに記載してください。
3 口座名義人が被保険者以外の場合は、委任状を添付してください。

給付費を次の口座に振り込んでください。

受取口座	☐ 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不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。									
	☐ 振込口座を指定する									
口座振込 依頼欄	金融機関コード	店 舗 コード	種 目			口 座 番 号				
	銀行 農協 金庫	本 店 支 店 出張所	普通 当座							
	フリガナ									
	口座名義人									

支給方法	市記入欄（合計金額 円）
☐ 償還払い ☐ 受領委任払い	支給決定額 円

委任状

令和 年 月 日

(宛先) 新居浜市会計管理者

私が新居浜市から支払を受ける居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を次の者に委任します。

委任者（被保険者）
住所 新居浜市

受任者（口座名義人）
住所

氏名

氏名