

## 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					
被保険者氏名					被保険者番号					
					個人番号					
生年月日	年 月 日				要介護度等					
認定有効期間	年 月 日 ~				年 月 日					
住所	〒 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				
(TAISコード )					円	年 月 日				
(TAISコード )					円	年 月 日				
(TAISコード )					円	年 月 日				
福祉用具が 必要な理由										
沼田市長 様 関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 〒 電話番号 住所 被保険者との関係 申請者 個人番号 . . . . . 氏名 ※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。										
代理申請を行う 事業所情報	事業所名称									
	事業所種別									

注意 ・この申請書の裏面に領収書、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、個々の福祉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。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座											
口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協 ( )	本店 支店 ( )	種 目			口 座 番 号					
	金融機関コード	店舗コード	1 普通 2 当座預金 3 その他 ( )								
	ゆうちょ銀行	記号				番号					
	フリガナ										
	口座名義人										