

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 | 3 | 1 | 0 | 0 | 9 |
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| | | 個人番号 | | | | | | | |
| 生年月日 | 大・昭 年 月 日生 | 要介護状態区分 | 支援・1・2・3・4・5 | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | |
| 福祉用具名 (種目及び商品名) | 製造事業者名 | 購入金額 (消費税含) | 購 入 日 | | | | | | |
| | 販売事業者名 | | | | | | | | |
| | 販売事業者コード | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | 年 月 日 | | | | | | |
| | | | 年 月 日 | | | | | | |
| | | | 年 月 日 | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | | | | | | | | | |

岡山市長 様

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。

年 月 日

住所

申請者

(被保険者) 氏名 電話番号

注意 ・ この申請書の裏面に、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。
 欄内に記載が困難な場合は、裏面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。

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|-----------------------|---------------------------|---------|--|--|--|--|--|--|
| 口座振込 依頼欄 | 銀行 信用金庫 信用組合 農 協 | 本店 支店 出張所 支所 | 種 別 | 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 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します | ※ 給付金等の受取口座として、マイナンバーとともに国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、チェックしてください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記枠部)の記載は不要です。 | | | | | | | | | |

岡山市記入欄

| | | | | | | | |
|-----|-------|----|-----|------|--|--|----------|
| 承認 | 支給決定額 | | | 認定済額 | | | ／100,000 |
| 不承認 | 口座 | 決定 | 要介護 | 要支援 | | | |