

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	〒								
	電話番号								

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。

受領方法	受領委任払 ・ 償還払		※受領委任払を選択された場合は、受領委任払申請書兼委任状の添付が必要です。				
口座振込 依頼欄 ※申請者以外の 口座に振込む 場合は委任状 等が必要です。	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 (償還払のみ)	※ 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	