

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			0	6	2	0	2	6
被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		性別	男 ・ 女							
住 所	〒 - 電話番号										
福 祉 用 具 名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販 売 事 業 者 名		購 入 金 額		購 入 日						
			円		令和 年 月 日						
			円		令和 年 月 日						
			円		令和 年 月 日						
福祉用具が 必要な理由											
米 沢 市 長 あて 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 氏 名 電話番号 -											

- 注意事項
- 1 この申請書に領収書及び福祉用具のパンフレット等、介護支援専門員が記載した「福祉用具が必要な理由書」を添付してください。
 - 2 販売事業者へ代金を支払ってから2年が過ぎると、保険請求できなくなりますので、ご注意ください。

居宅介護（介護予防）福祉用具購入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 替 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											