

該当する支払方法に○の記入をしてください。
(償還払い ・ 受領委任払い)

介護保険（居宅介護・介護予防）福祉用具購入費支給申請書

(あて先)新潟市長

年 月 日

下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。

フリガナ		生年月日	明・大・昭	年	月	日
本人又は申請代理人氏名		本人との関係				
申請代理人住所	〒 電話番号					

※申請者が被保険者本人の場合は、本人の氏名のみ記入してください。

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭	年 月 日
	氏 名				
	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	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
福祉用具が 必要な理由			

注1 この申請書に領収証及び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、個々の用具ごとに記入ください。欄内に記入が困難な場合は、裏面に記入してください。

(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。

委 任 状	※本人以外の口座に振り込む場合は、必ず記入してください。 (居宅介護・介護予防)福祉用具購入費の受領を下記の者に委任します。 年 月 日				
	受 任 者	住所			
	(口座名義人)	氏名			
	委任者(本人)				
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				

添付書類確認欄	<input type="checkbox"/> 領収証 <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> その他()
---------	----------------------------------------------------------------------------------------------