

介護保険居宅介護及び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	1	3	2	2	2	5
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0	0		
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	個人番号				
住所	〒		電話番号						
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び販売事業者名		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									
東久留米市長 様 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護及び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 電話番号 氏名 印 ※自署の場合、押印は必要ありません。									

注意・この申請書に、領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付し提出してください。

- ・「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、別紙に記載してください。

居宅介護及び介護予防福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 依頼書	銀行 信用金庫 信用組合 農協	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						
	フリガナ								
	口座名義人								
<input type="checkbox"/> 公的給付支給等口座を利用します（上記、口座情報の記入は不要です）									

※口座名義人が当該被保険者でない場合は、「介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請に伴う委任状」を添付してください。（公的給付支給等口座の場合は本人口座のみです）。

※マイナポータル等において、あらかじめ公的給付支給等口座情報を登録し、その口座に振り込みを希望される場合は、「公的給付支給等口座を利用します」の□にチェックしてください（登録されていない方はチェックしないでください）。

※公的給付支給等口座情報の変更又は削除を行うと、反映までに一定の期間を要しますので、ご希望の口座に振り込めない場合があります。

※公的給付支給等口座情報の変更又は削除を行った場合は、速やかに介護福祉課にご連絡ください。