

**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	4	3	2	1	6
被保険者氏名						被 保 険 者 番 号						
						個 人 番 号						
住 所	〒						生年月日	明・大・昭 年 月 日				
		電話番号					性 別	男 ・ 女				
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業社名及び 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												
大河原町長 殿  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 電話番号 氏 名												

注意・この申請書の裏面に、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。  
 ・「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 金庫 農協 組合	本店 支店	種目	口 座 番 号						
	フリガナ 口座名義人		普通							

※下記は記入しないでください。（介護保険係記入欄）

申請 方法	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送	代理権の確認
番号 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票等 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 戸籍謄抄本 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 （ ）
身元 確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 学生証（写真付き） <input type="checkbox"/> 社員証（写真付き） <input type="checkbox"/> その他（ ） 記号・番号（ ）	確認者
	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護保険決定通知書 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額証 <input type="checkbox"/> 社員証（写真なし） <input type="checkbox"/> 学生証（写真なし） <input type="checkbox"/> 地方税等の領収書 <input type="checkbox"/> 住民票等の写真なし公的書類 <input type="checkbox"/> その他（ ） 記号・番号（ ）	