

様式第 2 2 号（第 1 6 条関係）

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									
被保険者氏名						被保険者番号									
						個人番号									
生年月日	年 月 日					性別	男 ・ 女								
住所	〒 電話番号														
福祉用具名 （種目名及び商品名）	製造事業者及び販売事業者名					購入金額		購入日							
	製造					円		年 月 日							
	販売														
福祉用具が必要な理由															
袖ヶ浦市長 様															
上記のとおり、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給について、関係書類を添えて申請します。															
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。2つ以上の用具を購入する場合は、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。

☐ 公金受取口座を利用する（利用する場合に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

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合				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														

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
		製造		円	年 月 日
		販売			
福祉用具が必要な理由					
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
		製造		円	年 月 日
		販売			
福祉用具が必要な理由					
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
		製造		円	年 月 日
		販売			
福祉用具が必要な理由					

領収書及び福祉用具パンフレット等添付欄