

様式第 11 号 (第 8 条関係)

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入支給申請書

フリガナ 被保険者氏名		個人番号	保険者番号	被保険者番号
生年月日	年月日生	性別	男・女	
住所	〒 電話番号			
福祉用具名 (種類名及び商品名)	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				
下呂市長様				
上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。				
年月日				
申請者 氏名	住所	電話番号 ㊞		

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。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（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。

口座振替 依頼欄	農業協同組合 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				

個人番号等確認欄

番号確認		窓口（施設）に来た方の身元の確認		
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載の住民票の写し • 住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()		1点確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神福祉手帳（写真付き） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
		2点確認	<input type="checkbox"/> 各保険証（ ） <input type="checkbox"/> 年金証書・手帳 <input type="checkbox"/> 受給者証（医療・サービス） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
代理権確認		<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ） (市確認者)		