

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 住所 申請者 氏名 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"/> 各保検証 ( ) <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)		