（様式第1号）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

（保険者番号　272047）

フリガナ		被保険者番号	1 0 0 0
被保険者氏名		個人番号	
		生年月日	明 大 昭　年　月　日
要介護度	要支援　1　2　要介護　1　2　3　4　5	負担割合	1割・2割・3割
住　所	〒　－		

特定福祉用具種目	福祉用具商品名	製造事業者	購入金額
			円
			円
			円

販売事業者 （指定事業者番号）	（　　）	総購入額	円
		購入日	年　月　日
福祉用具が必要な理由			
支給額	円	支給方法	1 償還払い 2 受領委任払い

（宛先）池田市長　　年　月　日

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。

申請者（被保険者または受任者）

住　所

（名称）　　電話番号　（　　）

氏　名　　印（自署かつ被保険者本人口座振り込みの場合は押印省略可）

☐ 申請者の公金受取口座への振込を希望します（申請者が被保険者本人の場合のみ選択可）

☐ 以下の口座への振込を希望します

口座振込依頼欄	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		支店コード		1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
	フリガナ					
	口座名義人					

委任状

年　月　日

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の申請及び受領に関する権限を次の者に委任します。

委任者（被保険者）　氏　名　　印

受任者（事業所または代理人）　（名称）

氏　名　　続柄（　　）

注意　・この申請書に領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。

・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。