

第 14 号様式（第 12 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

（宛先）春日井市長

次のとおり居宅介護・介護予防福祉用具購入費の支給について申請します。

申請者氏名		申請年月日	年	月	日
-------	--	-------	---	---	---

被 保 険 者	被保険者番号							
	フリガナ	生年 月 日	明治 大正 昭和	年	月	日	性 別	男 女
	氏名							
	住所	電話番号 — —						

	特定福祉用具		事業者名		購入年月日	購入費用
	種目	商品名	製造	販売	事業所番号	円
1	種目		製造		年 月 日	円
	商品名		販売			
2	種目		製造		年 月 日	円
	商品名		販売			
3	種目		製造		年 月 日	円
	商品名		販売			
購入費用額合計						円
必要な理由						

備考 1 この申請に係る領収証及び特定福祉用具の概要を記載した書面を添付してください。

2 指定事業所以外で購入したものは支給の対象にはなりません。

支給金額の受領に関する権限について下記の者に委任します。被保険者氏名 _____

住 所 _____

氏 名 _____ 被保険者との関係 _____

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。（いずれかに☑してください。）

<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 （マイナポータル等で事前に公金受取口座を登録した被保険者本人のみ利用できます。） ※ 市で公金受取口座の登録の確認ができなかった場合は、申請書を返却します。						
<input type="checkbox"/> 振込口座を指定します。（以下に口座情報を記入してください。）						
金融機関		種目		口座名義人		
⋮	⋮	普通	当座	フリガナ		
銀行	支店	口座番号		氏名		
信用金庫	出張所					
農協						

..... ここから下は記入しないでください。.....

資格	状態	認定期間	購入実績	受付	入力	内容確認
1号 2号	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	～	有 無			