様式第32号（第19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		要介護度等									
認定有効期間	～										
住所	電話番号										

福祉用具名（種目名及び商品名）	特定福祉用具販売事業者指定番号	製造事業者名及び販売事業者名	購入金額	購入日
（TAISコード　　）			円	年　月　日
（TAISコード　　）			円	年　月　日
（TAISコード　　）			円	年　月　日

福祉用具が必要な理由	

松野町長　　様

前のとおり、関係書類を添えて居宅介護（予防）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

被保険者との関係

個人番号　．．．．．．．．．．．．

※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。

代理申請を行う事業所情報	事業所名称	
	事業所種別	

注意　・この申請書の裏面に領収証、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、個々の福祉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。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	□公金受取口座を利用する（利用する場合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 農協 （　　）	本店 支店 （　　）	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗番号	1 普通 2 当座預金 3 その他 （　　）	
	ゆうちょ銀行	記号　　番号		
	フリガナ			
	口座名義人			