様式第１９（第２１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	年　月　日生		
住所	（〒　－　）　電話番号　－		

福祉用具名（種目名及び商品名）	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	

鹿児島市長　殿

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。

年　月　日

申請者　住所

氏名　　電話番号　－

（注）１　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ください。

２　「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。

利用する口座をどちらか１つ選択し、☑を入れて必要事項を記入してください。

□	公金受取口座	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 ※本人以外（代理人等）の公金受取口座に振り込みを希望される方は、下記欄へ個人番号の記入と、受領に関する委任状の提出が必要となります。 受任者（代理人等）の個人番号
□	振込先口座	銀行／信用金庫／信用組合／農協　　本店／支店／出張所

金融機関コード	店舗コード	預金種目	口座番号
		普通・その他	
口座名義人（フリガナ）			

市記入欄				
	支給額	¥	備考	受付
	支給額	¥	介・支	入力
	支給額	¥	決定年月日	照合
			年　月　日	