

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

被 保 険 者	フリガナ			被保険者番号				
				個人番号				
	氏名			生年月日	年	月	日	
				性別	男 ・ 女			
住所	〒 ー みどり市		電話番号 0 2 7 7 ー ー					
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								

振 込 依 頼 口 座	銀行・信用金庫 農協・信用組合		本店・本所 支店・支所				
	口座種別		口座番号				
	当 ・ 普						
	フリガナ						
	口座名義人						

みどり市長 様

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 ー

- 注意 ・ この申請書に、領収書及び福祉用具のパンフレット等添付して下さい。
- ・ 受領委任払いを利用する場合は受領委任払（変更）申請書兼同意書を添付して下さい。
- ・ 「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。

市記入欄

領収書確認欄	購入費総額	本人負担分	介護保険支給額	
	円	円	円	