

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 被保険者氏名	被保険者番号					
	個人番号					
生年月日	年 月 日		性別	男 ・ 女		
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 (対象費用額)	購入日			
①		円	年 月 日			
②		円	年 月 日			
③		円	年 月 日			
福祉用具が 必要な理由						
豊明市長 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 住所 申請者 電話番号 () 氏名						

注意・領収証の写し及び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。

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座(被保険者に限る)に振り込んでください。

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)

銀行 農協 金庫・組合	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号				
		1 普通					
金融機関コード		2 当座					
店舗コード		3 貯蓄					
フリガナ							
口座名義人							

審 査 欄	備 考	支給決定額(対象費用額×0.)	整理番号	入 力	受 付
		① 円		口座	
		② 円		申請	
		③ 円		決定	
	合計 円	申請書確認			