

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	3 3 2 1 2 2						
被保険者氏名				被保険者番号	0 0 0 0						
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女					
住所	〒 瀬戸内市			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 販売事業者コード			購入金額	購入日						
				円	年 月 日						
				円	年 月 日						
福祉用具が 必要な理由											
介護支援専門員	事業所名 氏名			電話番号							
福祉用具専門相談員	事業所名 氏名			電話番号							
<p align="center">瀬戸内市長 様</p> <p align="center">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。</p> <p align="center">年 月 日</p> <p>申請者 住所 瀬戸内市 (被保険者) 氏名 印 電話番号</p>											

(注意) この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。
「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。

■ 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下さい。

口座振替 依頼欄		銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号					
		金融機関コード	店舗コード	1 普通預金						
				2 当座預金						
				3 その他						
	フリガナ									
	口座名義人									

※市記入欄	介護度	負担割合		限度額		購入額計		支給予定額	
	要支援								
	要介護	割		円		円		円	
	課長	参事	課長補佐	係長		係			