

**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						
瀬戸内市長 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 <p align="right">申請者（被保険者） _____</p>											

（注意） 「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	普通（総合） 当座・貯蓄 その他（ ）	
	フリガナ			
	口座名義人			

市記入欄			
資格区分	1号 ・ 2号	限度額	円
介護度	要介護 ・ 要支援	購入額計	円
有効期間		支給予定額	円
負担割合	1 ・ 2 ・ 3 割		

申請受付

課長	課長補佐	係長	係	担当	入力日