

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号		2	3	2	2	1	5
			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	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	購入日						
			円	平成 年 月 日						
			円	平成 年 月 日						
			円	平成 年 月 日						
福祉用具が 必要な理由										
※算出方法	総購入金額	円								
	支給限度額(申請時)	円								
	支給決定額	円								
<p>新 城 市 長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者 電話番号 - -</p> <p>氏 名 印</p>										

注意・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（支援）福祉用具購入支給金額を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農協	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									

※ ｼｽﾃﾑ入力
確認欄 (/ 入力)

※印の欄は、記入しないでください。

※ 平成 年 月 日 検収