

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		性別	保険者番号	0	1	2	1	9	5
被 保 険 者 氏 名		男・女	被保険者番号						
			個人番号						
生年月日	明・大・昭 年 月 日生								
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	年 月 日					
			円	年 月 日					
			円	年 月 日					
福祉用具が 必要な理由									
紋 別 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 住所 申請者 氏名 電話番号									

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 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			

※ 受取を委任する（被保険者と口座名義人が違う）場合に記入して下さい。

氏名 _____ に上記申請（請求）金額を委任します。

被保険者氏名 _____