

## 介護保険福祉用具購入費支給申請書

代理申請者	本人申請の場合記載不要 住 所： 電話番号： (        ) 氏 名： (本人との関係：        )	委任状	私は、左記の者にこの申請を委任します。 (家族の場合記載不要) 被保険者 本人氏名 <span style="float: right;">㊟</span> (本人自署の場合は押印不要)
-------	--	-----	---

フリガナ		保険者番号		1	9	2	0	1	3
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						
		円	年   月   日						

福祉用具が 必要な理由	
----------------	--

(あて先) 甲 府 市 長 年   月   日

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。  
 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費は、下記の口座に振り込んでください。  
 この振込みがなされたときは、当該申請に基づく債権が弁済されたものとします。

口座振込 依頼欄	銀 行	本 店	種 目	口 座 番 号
	信用金庫	支 店	1 普通預金	
	信用組合	出張所	フリガナ	
	農 協	支 所	(被保険者) 口座名義人	

注意・この申請書に、領収書及び福祉用具のパ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。欄内に記載ができない場合は、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 支給・不支給 決定 年   月   日

受 付		審査決定額	円	介 護 保 険 課		
	支 給	支 給 額	円	担 当	係 長	課 長
	不支給					

