第１号様式（第13条関係）

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　　　　　　　　㊞ （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	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）	製造事業者及び特定福祉用具販売事業者名	購入金額	購入日
		円	年　月　日
		円	年　月　日
		円	年　月　日
		円	年　月　日
		円	年　月　日

（あて先）甲府市長　　　　　　　　令和　　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）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

この振込がなされたときは、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 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所 支所	種目	口座番号
			1 普通預金 2 当座預金	
			フリガナ	
			（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ン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、裏面に記載してください。また、複数の用具を購入された場合は、個々の用具ごと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　　　　令和　　年　　月　　日

受付	支給	審査決定額	円	長寿介護課		
		支給額	円	担当	係長	課長
	不支給					

（福祉用具が必要な理由）	理由書作成者氏名 （本人との関係：　　　　　　）