

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		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)	
	住 所 :			被保険者	
	電話番号 : ()			本人氏名	
	氏 名 :			(本人自署の場合は押印不要)	
		(本人との関係 :)			

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										
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	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	2 当座預金								
	農協	支所	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	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)

[illegible]