

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	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					

