

介護保険居宅介護（介護予防）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： | | | ⑩ | | | | |
| | | | (本人との関係：) | | | (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 | | | | | | | | | | |
| 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 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)

This image shows a single page of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.