

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			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：	委任状	被保険者 本人氏名						
	電話番号： ()								
	氏 名：								
(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、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)