

第10号様式（その1）（償還払用）（第13条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ		保険者番号	2	2	2	1	2	5
被保険者氏名		被保険者番号						
		個人番号						
生年月日	年 月 日	電話番号						
住所	〒							
種 目	製造事業者名	購入金額	購入日					
福祉用具名	福祉用具販売指定事業者名							
		円	年 月 日					
		円	年 月 日					
		円	年 月 日					
福祉用具専門相談員記入欄 福祉用具が必要な理由								
購入時の要介護度：		（記入者氏名			事業所番号			
		（宛先）焼津市長 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。 なお、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。						
年 月 日		住所						
申請者 氏名		電話番号						

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。

□説明確認：貸与又は購入が選択できる福祉用具（固定用スロープ、歩行補助杖及び歩行器）について、特定福祉用具販売事業者が被保険者へ制度を説明した場合は「✓」を記入

口座振替	銀行・信金 信組・農協		本店・支店 出張所					
	金融機関コード	店舗コード	種 目	口 座 番 号				
依頼欄			1 普通預金					
			2 当座預金					
			3 ()					
	フリガナ 口座名義人							