

受付印

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 被保険者氏名		保険者番号	2	2	2	1	2	5
		被保険者番号						
		個人番号						
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女					
住所	〒 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 焼津市 電話番号 ()							
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所名 事業所番号							
		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)								
(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。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 () 氏名								

注意・この申請書の裏面に、領収証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。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。（保険者使用欄）

支給決定額	円
自己負担額	円

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。

口座振替	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号				
	金融機関コード	店舗コード	普通預金					
依頼欄	フリガナ							
	口座名義人							