

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 0 9			
	被保険者番号					

生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 生	性 別	男 ・ 女
---------	---------------	-----	-------

住 所	〒 富士市		
	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

福祉用具が 必要な理由	
----------------	--

(あて先) 富士市長

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

氏名 電話番号  
(氏名を自書しない場合は、記名押印すること。)

注意・この申請書と一緒に、ケアプラン、領収書、福祉用具のパンフレットのコピーを提出して下さい。  
・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、別紙に記載して下さい。

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下さい。

口座振替 依 頼 欄	銀行 信用金庫 農協	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	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他	
	フリガナ 口座名義人			

※口座は被保険者本人名義のものにして下さい。