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 8 2 2 2 8
被保険者氏名		被保険者番号	
生 年 月 日	明・大・昭　　年　　月　　日	性　　別	男　・　女
住　　所	〒　　電話番号		

福祉用具名（種目名及び商品名）	製造業者名及び販売事業者名	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	

養　父　市　長　様

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　　電話番号

申請者

氏名

注意　・この申請書の裏面に、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。
・欄内に記載が困難な場合は裏面に記載してください。

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	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			

介　護　度	要 支 援		要介護					
	1	2	経過的	1	2	3	4	5

領収書	

本人支払額（　　円）－ 1割負担額 / 2割負担額 / 3割負担額（　　円）＝ 支給額　　円