

## 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

安 城 市 長

					申請年月日	平成	年	月	日		
窓口に来た人の氏名	(被保険者との関係: )										
フリガナ					保険者番号	2	3	2	1	2	4
(申請者)被保険者氏名					被保険者番号						
生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日						
住 所	〒 安城市									電話番号	
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	① 購入額(税込)	負担割合		③ 申請額	購 入 日					
			② 利用者負担額 (1円未満切り上げ)	販売事業者名 事業者番号							
		円	割	円	円	平成	年	月	日		
		円	割	円	円	平成	年	月	日		
		円	割	円	円	平成	年	月	日		
福祉用具が必要な理由				※個々の用具ごとに記載してください。裏面参照							
現在の 入院(入所)状況	在宅 ・ 入院(入所)中		入院(入所)中の場合は、利用した期間を記入してください。 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 記入者:								

(注意) この申請書に被保険者あての領収証、福祉用具のカタログの写し等を添付してください。

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 信用組合 農協			本店 支店 出張所	口座種目 普通 当座 その他	口座番号			
	フリガナ								
被保険者本人 名義の口座を ご記入ください	フリガナ					金融機関コード		支店コード	
	口座名義人								

※ ゆうちょ銀行の場合は、通帳記号もご記入ください。

1 | | | 0

\*以下は記入しないでください

要介護認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	認定日 平成 年 月 日				受付印
備考 受領委任払い・償還払い		居室: 平成 年 月 日 ~				
過去の実績:		受付者:				
合計額	①	②	③			