

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
窓口にきた人の氏名	(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)	割		販売事業者名 事業者番号
		円	円	割	円	平成 年 月 日
		円	円	割	円	平成 年 月 日
		円	円	割	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				金融機関コード	支店コード
被保険者本人 名義の口座を ご記入ください	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 居宅： 平成 年 月 日 ~		
過去の実績：	受付者：		
合計額	①	②	③