

様式第16 (第25条関係)

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		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	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		購入日
			②利用者負担額 (1円未満切上げ)	③申請額	販売事業者名
			割		事業者番号
		円	円	円	年 月 日
			割		
		円	円	円	年 月 日
			割		
		円	円	円	年 月 日
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。 年 月 日 ~ 年 月 日 記入者		

備考 この申請書に福祉用具が必要な理由を記載した書類 (個々の用具ごとに記入してください。)、被保険者宛ての領収書、福祉用具のカタログの写し等を添付してください。また、受領委任をする場合は、受領委任払同意書を添付してください。

居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費を次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 ゆうちょ銀行		本店 支店 出張所	口座種目 1 普通 2 当座	口座番号	
	フリガナ			金融機関コード	支店コード	
振込先の口座を記入してください。	口座名義人					

ゆうちょ銀行の場合は、通帳記号も記入してください。

1				0
---	--	--	--	---

要介護度	要支援 1・2	備考 受領委任払い・償還払い	〔 居宅 年 月 日 ~ 〕
	要介護 1・2・3・4・5		
認定日	・	負担割合 [ ] 割	受付者: