

# 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				
被保険者氏名		被保険者番号				
生年月日	明・大・昭 年 月 日					
住 所	〒 電話番号					
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名 販売事業者名 販売事業者コード	購入金額	購入日			
		円	令和	年	月	日
		円	令和	年	月	日
		円	令和	年	月	日
福祉用具が 必要な理由						
総社市長 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。 令和 年 月 日 申請者 住所 電話番号 (被保険者本人) 氏 名						

- ※注意** ・この申請書に、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。
- ・指定を受けた事業所で購入した特定福祉用具のみが支給対象になりますので、御注意ください。(購入をされる前に市役所又は担当のケアマネジャーに御確認ください。)
  - ・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

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。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	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				

**【市記入欄】**

自己負担割合	支給対象額	支給決定額	要介護区分
割	円	円	