

介護保険 居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ		保険者番号		1	2	2	2	3	4
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0				
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女						
住所	〒 - 鴨川市 電話番号 ()								
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業所及び 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									
鴨川市長 様 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 〒 - 氏名 電話番号 () 続柄 ()									

注意 ・ この申請書のほかに、①領収書、②福祉用具のパフレット等の写し、③福祉用具が必要な理由がわかる「福祉用具サービス計画書」の写し(販売業者から説明を受け、同意をしたもの)を添付して下さい。

居宅介護(予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支	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

区分	保険料納付状況	対象用具 確認欄	領収書 確認欄	振込先通帳 確認欄	台帳記入 確認欄	備考	
1 一般	未納保険料					要介護度等	要支援
2 支払い方法 の変更	有・無						要介護
3 給付額減額	滞納保険料 有・無					認定年月日	年 月 日