

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
(申請者)被保険者氏名		被保険者番号				1
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 種目及び商品名	製造業者名	購入金額	購入日・販売事業所及び事業所番号			
			購入日	平成	年	月 日
		円	販売事業所			
			事業所番号			
			購入日	平成	年	月 日
		円	販売事業所			
			事業所番号			
			購入日	平成	年	月 日
		円	販売事業所			
			事業所番号			
			購入日	平成	年	月 日
		円	販売事業所			
			事業所番号			
購入金額合計		円	対象額	円		
福祉用具が必要な理由	*購入した用具ごとに記入してください。 裏面を参照		申請額	円		
				対象額×90%		

注意 この申請書に被保険者あての領収書、福祉用具のパンフレット等を添付してください。

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄 被保険者本人 名義の口座を ご記入ください。	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		
	口座名義人					

*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 H . .	受付印
現在の入院(入所)状況	在宅 ・ 入院(入所)中		
備考			