

様式第 1 6 （第 2 5 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	③申請額	購入日							
			②利用者負担額 (1円未満切上げ)		販売事業者名							
					事業者番号							
		円	割	円	円	年 月 日						
		円	割	円	円	年 月 日						
		円	割	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 振込先の口座を記入してください。	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	
	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：