

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	2 3 2 0 3 3	
被保険者氏名			被保険者番号		
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別
要介護度	要支援 1・2・要介護 1・2・3		男・女	負担割合	割
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	購入金額		購入日	
		円		年 月 日	
		円		年 月 日	
		円		年 月 日	
今年度給付履歴		給付金額		円	
福祉用具販売事業者名		介護保険事業者番号			
事業者住所					
福祉用具が 必要な理由					
居宅介護支援事業所等		担当者名			
<p>(あて先) 一宮市長 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。</p> <p>年 月 日</p> <p align="right">住所 一宮市</p> <p align="right">申請者 氏名</p> <p align="right">(電話 -)</p> <p>(あて先) 一宮市会計管理者 支給決定金額については、 に受領委任しますので 下記口座へ振り込んで下さい。</p> <p align="right">委任者 氏名</p>					

注意・・・申請の際に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。
 ・「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。
 ・サービス計画に位置づけられている場合は、その添付により上記必要な理由の記載は省略できます。

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 農協	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			