

## 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			被保険者番号										
被保険者氏名			個人番号										
生年月日	明・大・昭 年 月 日生												
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	購入金額	購入日									
1			円	年 月 日									
2			円	年 月 日									
3			円	年 月 日									
福祉用具が必要な理由													
<p>(あて先) 山県市長</p> <p style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>申請者（被保険者） 電話番号 ( ) -</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>													

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ください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農 協		本店 支店・支所 出張所	種 目	口 座 番 号
	フリガナ 口座名義人				1 普通預金 2 当座預金 3 その他

上記の口座番号に振込むことに同意します。被保険者氏名 \_\_\_\_\_

※被保険者の口座と相違する場合は、同意に署名が必要です。

【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。

処 理 欄	資格・認定状況	□1号 □2号	□要支援（1・2） □要介護（1・2・3・4・5）	領収書確認欄
	保険料納付状況	未納保険料（有 ・ 無） 滞納保険料（有 ・ 無）		
	支給決定額	円		

受 付 確 認	本人	□個番	1点	□運免 □個カ □バス □障手 □在カ	確認者
			2点	□健保 □介保 □負証 □高証 □年金 □福証 □その他 ( )	
	代理人	□代身 □委任			