

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 被保険者氏名	保険者番号		3 3 2 1 1 4			
	被保険者番号		0 0 0 0			
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女			
要介護度	要支援（ ）・要介護（ ）有効期間 H 年 月 日～H 年 月 日					
住 所	〒 備前市					
	電話番号（ ） -					
福祉用具名 （種目名及び商品名）	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額（税込）	購 入 日			
	販売事業者コード		平成	年	月 日	
			平成	年	月 日	
			平成	年	月 日	
福祉用具が 必要な理由	理由欄記入者 所属事業所名 氏名					
備前市長様 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。 平成 年 月 日 住 所 備前市 氏 名 印 電話番号（ ） -						

注意 ・ この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
 ・ 「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ください（身体状況等及びその改善見込みについて）。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

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ください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協	本店 支店(所) 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				
	フリガナ						
	口座名義人						

備前市記入欄 (償還払 ・ 受領委任払)

福祉用具支給実績	支給決定額	入力確認	備 考
有（ ）・無 既支給額（ ）円	円		