

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書(償還払用)

個人番号		保険者番号		4	6	2	1	6	8
フリガナ		被保険者番号							
被保険者氏名									
生年月日		年	月	日					
住所	〒								
									電話番号
要介護度	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5								
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					
		円		年	月	日			
		円		年	月	日			
		円		年	月	日			
福祉用具が 必要な理由									
日置市長 様 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。 年 月 日 住所 〒 申請者 電話番号 氏名									

注意・この申請書に、領収書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。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(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 漁協	本店 支店 出張所 支所	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								

【日置市確認欄】

介護区分	要介護 要支援	認定期間	年 月 日～ 年 月 日	負担割合	割	給付制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
給付歴		残額	支給対象額	支給決定額	自己負担額		
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		円	円	円	円		

窓口に来た人 申請者本人 その他(氏名 続柄)連絡先