

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

(償還払い)

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号						
			被保険者番号	0	0	0			
			個人番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女			
住所	〒		—		電話番号		()		

種目名	製造事業者名		購入金額		購入日				
細目名	販売事業者名								
商品名	指定事業者コード								
			円		年 月 日				
			円		年 月 日				
			円		年 月 日				
福祉用具が必要な理由	-----								

荒尾市長 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。 年 月 日 申請者 住所 _____ 電話番号 _____ () _____ (被保険者) 氏名 _____ 印									

注意・この申請書に、領収証及び福祉用具のパン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(介護予防)福祉用具費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 組合				本店 支店 出張所					
	金融機関コード				店舗コード					
	種目	1 普通 2 当座	口座番号							
	フリガナ		-----							
口座名義人		-----								

要支援1・2の方は、地域包括支援センターの確認印を受領後、介護保険係へ提出してください。

地域包括 確認印	
-------------	--