

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費申請書

フリガナ			保険者番号	292110		
被保険者氏名			被保険者番号			
生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別	男 ・ 女	要介護度	
住 所	〒 葛城市		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						
※指定事業者番号						
購入金額	円		円		円	
購入日	令和	年 月 日	令和	年 月 日	令和	年 月 日
福祉用具が必要な理由	----- ----- ----- ----- -----					
葛城市長 様 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。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 電話番号						

- 注意
- ・ この申請書の裏面に、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。
 - ・ 「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、別紙に記載してください
 - ・ 平成18年4月1日以降購入分につきましては、指定事業者以外での購入は対象外となります。
※欄の指定事業者番号を確認し記載ください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農業協同組合		本店 支店 出張所		種目	口座番号
	金融機関 コード		支店 コード		1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他()	
	口座名義人		-----			

※認定状況 : □要支援() □要介護() 年 月 日～令和 年 月 日
 ※認定状況保険料収納状況 : 未納保険料(有・無) 滞納保険料(有・無)
 ※年度内既支給額 : 円
 ※支給対象費用額 : 円 ※支給決定額 : 円