

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	2 9 2 1 1 0								
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	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	----- ----- ----- ----- -----											
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。 平成 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			支店 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 ( ) 平成 年 月 日～平成 年 月 日  
 ※保険料収納状況 : 未納保険料(有・無) 滞納保険料(有・無)  
 ※年度内既支給済額 : 円  
 ※支給対象費用額 : 円 ※支給決定額 : 円