

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		保険者番号		0	6	2	0	9	1
被保険者氏名		被保険者番号							
		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							
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 ※	購入日 ※						
		円	平成	年	月	日			
		円	平成	年	月	日			
		円	平成	年	月	日			
福祉用具が 必要な理由	別紙福祉用具が必要な理由書参照								
長井市長 内谷 重治 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	※	この欄は、購入後の支給申請の際に記入してください。						
申請者 (被保険者本人)	住所	電話番号							
氏名	印								
窓口に来た方	住所	電話番号							
氏名	印 続柄								

注意 (事前申請) この申請書に、福祉用具が必要な理由書及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。  
 (支給申請) この申請書に、領収証を添付して下さい。  
 ※購入金額、購入日、申請日は購入後に記入してください。

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下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用組合 農協 金庫	本店 支店 出張所	種目	口座番号 (右づめ)					
	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								
受領については、口座名義人に委任します。  被保険者氏名 印									

注意・被保険者氏名と口座名義人が違う場合は、上記の委任欄に必ずご記入ください。

長井市記入欄	福祉あんしん課で協議後、 結果を記入し、返却します。
<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認    平成 年 月 日	