介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

ﾌﾘｶﾞﾅ 被保険者氏名		被保険者番号	
		介　護　度	支（１・２）・介（１・２・３・４・５）
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	年　月　日
		円	年　月　日
		円	年　月　日

添付書類	□　領収書（原本）　□　特定福祉用具パンフレット（写し） □　特定福祉用具販売計画書（利用者に同意を得たものの写し）
居宅介護支援事業者 ※いずれかにチェック	□　本申請の被保険者に係る居宅（介護予防）サービス計画は作成されていない。 □　担当の下記介護支援専門員に本申請に係る特定福祉用具販売について連絡済。 （居宅介護支援事業者名）　　（介護支援専門員名）

大野城市長　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（被保険者）　住所：

電話番号：

氏名：　　印

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 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	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	
	ﾌﾘｶﾞﾅ 口座名義人			