

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 被保険者氏名		保険者番号							2	7	2	3	1	0
		被保険者番号			0	0	0	0						
		個人番号												
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月	日生	性 別	男 ・ 女								
住 所	〒589- 大阪狭山市 電話番号													
福祉用具種目及び品名		製造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								
福祉用具が 必要な理由														
(あて先) 大阪狭山市長 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援) 福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住 所 大阪狭山市 氏 名 電話番号														

注意・この申請書には、領収書及び福祉用具の概要がわかる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。

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ください。

口座振替 依 頼 欄	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協			本 店 支 店 出張所				種目	1 普 通 預 金 2 当 座 預 金 3 そ の 他					
	金融機関コード			店舗コード			口 座 番 号							
	フリガナ 口座名義人													

要介護度等	支援 1・2	介護 1・2・3・4・5					
請求者支払い金額		給 付 率		支 給 金 額		支給限度額確認欄	
円		90/100	80/100	70/100	円		
支給区分	償還払い	受領委任払い	保険料未納		有 ・ 無		
上記のとおり、居宅介護（支援）福祉用具購入費を支給してよろしいか。							
部 長	次 長	課 長	参 事	課長補佐	主 査	主 任	係

受 付 年 月 日