

## 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

申請者記入欄

保険者番号 462044

申請者	フリガナ		被保険者番号	0					0	0
	被保険者氏名	㊞	個人番号							
	生年月日	大・昭	年	月	日生	性別	男・女			
	住所	枕崎市				電話番号	-			
	要介護状態区分		認定有効期間	年 月 日 ~			年 月 日			
	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	購入金額	購入日					
	福祉用具が 必要な理由									
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 <span style="float: right;">枕崎市長 殿</span>										

注意：1. この申請書に、領収書及び福祉用具のパフレットなどを添付して下さい。

2. 「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下さい。

欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

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	店	種目	口座番号					
		信用金庫	本店	1 普通預金						
		信用組合	支店	2 当座預金						
		農協	支所	3 その他						
	金融機関コード	店舗コード	フリガナ							
			口座名義人							

※市記入欄（以下、記入の必要はありません。）

福祉用具購入費支給決定伺い			課長	係長	係	
起案	年 月 日	下記のとおり決定して よろしいか伺います。				
決裁	年 月 日					
内容	購入金額（ 円） × % = 支給決定額（ 円）			自己負担額（ 円）		
確認事項	過去の支給状況		保険料未納付状況		申請者確認	個人番号カード
	無・有（ 円）		無・有 [未納に対する措置 無・有（ ）]		免許証	医療保険証
					介護保険証	負担割合証