

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払い用）

フリガナ		保険者番号		1	1	2	1	1	0
被保険者氏名		被保険者番号							
		生年月日	年	月	日	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						
福祉用具が 必要な理由									
<p>(あて先) 本庄市長</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>(被保険者本人) 氏名</p>									

- ※注意
- 1 介護保険法の規定による指定を受けた事業者から特定福祉用具を購入した場合に限り、支給対象となります。
 - 2 申請書に、領収書、特定福祉用具のパンフレット又は概要を記載した書面及び福祉用具個別援助計画書（利用計画）の写しを添付してください。
 - 3 「福祉用具が必要な理由」欄は、福祉用具個別援助計画書（利用計画）の写しを添付した場合に限り、記載不要です。

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店	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	
	フリガナ			
	口座名義人			