

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ	-----							保険者番号	1 5 2 1 3 2		
被保険者氏名	-----							被保険者番号			
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女					
住所	〒										
種 目	製 造 事 業 者 名			購 入 金 額		購 入 日					
商 品 名	販 売 事 業 者 名										
				円		年 月 日					
				円		年 月 日					
				円		年 月 日					
福祉用具が 必要な理由											
燕市長様 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 氏 名 印 電話番号											

添付書類 ○領収証 ○福祉用具のパンフレット等

※「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。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

注意：平成18年4月以降は特定福祉用具販売の指定を受けた事業所で購入した物に限ります。

居宅介護（支援）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

振込先 金融機関名	銀行信金 支店 農協信組			委 任 状	受任者住所
口座種別	1.普通 2.当座	口座番号			" 氏名 印
フリガナ					支給金額の受領を上記の者に委任します。 年 月 日
口座名義人					(申請者と同じ) 委 任 者 印

燕市記入欄

要介護区分	支給履歴				支給対象額	支給額
支1・支2・経 1・2・3・4・5 居宅介護支援事業所	無	有	購入年月日		円	90%上限額 9万 80%上限額 8万
			福祉用具名			
			購入金額			
			支給対象残額			
金融機関コード			店舗コード			円