

決 裁	課 長		担 当 長	担 当

決定欄	認定結果	購入費用 ①	円	被保険者負担額 ②-④ ③	円
		基準額 (≤100,000円) ②	円	支給金額 ②× ④	円

負担割合 割

介護保険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 6 2 0 3 0					
	被保険者番号							
	個人番号							
生年月日	明・大・昭 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								
綾部市長 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 住所 申請者 電話番号 (被保険者) 氏名								

注意 ・ この申請書に、領収証及び福祉用具のパ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。  
 欄内に記載が困難な場合は、裏面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 農協	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						
	フリガナ 口座名義人								

領収を代理人に委任される場合は、この欄に記入ください。

委任欄	上記、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の領収を 年 月 日 申請者(被保険者)	に委任します。 ⑨
-----	--	--------------