

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		4	6	2	2	2	6
	被保険者番号							
	個人番号							
生年月日	大・昭	年	月	日生	性別	男・女	利用者負担割合	割
住所	〒		奄美市		電話番号			
支給履歴	有・無	【年度内既購入額】		円【既購入商品名】				
福祉用具の種目名及び商品名		製造事業者名及び販売事業者名		購入金額	購入年月日			
(種目)	(製造者)		円	令和	年	月	日	
(商品名)	(販売者)							
(種目)	(製造者)		円	令和	年	月	日	
(商品名)	(販売者)							
(種目)	(製造者)		円	令和	年	月	日	
(商品名)	(販売者)							
福祉用具が必要な理由	奄美市長 殿							
上記のとおり、関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請します。								
令和 年 月 日								
住所 〒 奄美市								
申請者 氏名 _____ 電話番号 _____								

注意 この申請書に、「ケアプランまたは福祉用具購入理由書」、「納品書」、「領収書」及び「福祉用具のパンフレット等」を添付して提出してください。
 ・「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。

支給決定された福祉用具購入費は、下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄 (申請被保険者本人の口座)	銀行 信用金庫 組合	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							

※市処理欄

要支援(1・2)要介護(1・2・3・4・5)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
上記の支給申請について決定してよろしいか。			
<input type="checkbox"/> 認める…支給決定額 _____ 円			
<input type="checkbox"/> 認めない…理由 _____			
決裁 令和 年 月 日			
課長	補佐	係長	担当