

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			保険者番号			4	4	2	0	9	5
被保険者氏名			被保険者番号								
			個人番号								
生年月日	年 月 日		自己負担割合	割							
住所	〒 ー (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											
豊後高田市長 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 氏名 (電話番号)											

※領収書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	金融機関名		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						
	フリガナ										
	口座名義人										

確認欄	給 付 決 定			
	負 担 額	給付対象額	給 付 率	給 付 額
	円	円	/100	円