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	1 9 2 0 4 7
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	年　月　日	要介護度	要支援（　）要介護（　）
認定有効期間	年　月　日　～　年　月　日		
住所	〒 電話番号		

福祉用具名（種目名及び商品名）	特定福祉用具販売事業所指定番号	製造事業者名及び販売事業者名	購入金額	購入日
（TAISコード　）			円	年　月　日
（TAISコード　）			円	年　月　日
（TAISコード　）			円	年　月　日

福祉用具が必要な理由	

都留市長　様

前のとおり、関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。

年　月　日

申請者

住所　〒　　電話番号

氏名　　被保険者との関係　（　　）

代理申請を行う事業所情報	事業所名称	
	事業所種別	

注意　・この申請書の裏面に領収書、福祉用具のパンフレット等を添付してください。
・「福祉用具が必要な理由」については個々の福祉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。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座				
口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 農協 （　）	本店 支店 （　）	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗番号	1　普通 2　当座預金 3　その他 （　）	
	ゆうちょ銀行	記号　　番号		
	フリガナ			
	口座名義人			

--市記入欄----------

資格	支給額等	審査				
□介護度 □認定日 □認定期間	□給付制限 □負担割合（1割・2割・3割） □利用者負担額　円 □保険請求額　円	課長	課長補佐	ﾘｰﾀﾞｰ	担当	処理者