

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	0 1 2 1 6 1				
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0	0	0
生年月日	年	月	日生	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	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								
芦別市長 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。 平成 年 月 日 申請者 住所 電話番号 氏名 印								
芦別市長 様 上記の申請金額の受領を _____ に委任します。 平成 年 月 日 申請者 住所 氏名 印								

注意・この申請書を提出する際は、領収証及び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別紙(任意様式)に記載して添付してください。

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の方法により支払いしてください。

受領方法	1 口座振替		2 現金(市役所内指定金融機関)					
口座振替依頼欄	金融機関名			種目	口座番号			
	銀行	本店	1 普通預金					
	(労働・信用)金庫	支店	2 当座預金					
	信用組合	出張所	3 その他					
	農業協同組合							
	金融機関コード		店舗コード					
	フリガナ							
	口座名義人							

市記入欄

区	分	支給決定額	添付書類確認者印	システム入力者印	受付者印
要支援	1 2				
要介護	1 2 3 4 5				

