

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			被保険者番号																
被保険者氏名			個人番号																
生 年 月 日	明・大・昭 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)		製造事業者名及び 販売事業者名		購 入 金 額		購 入 日													
				円		令和 年 月 日													
				円		令和 年 月 日													
				円		令和 年 月 日													
福祉用具が 必要な理由	福祉用具が必要となる理由書「様式・具2」を添付																		
宇城市長 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。																			
令和 年 月 日																			
住所																			
申請者 電話番号																			
氏名 印																			

注意・この申請書の裏面に、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。

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下さい。

口 座 振 込 依 頼 欄	銀行・農協 信金・信連 信組・労金	店 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															
	ゆうちょ銀行																	
	フリガナ																	
	口座名義人																	

フリガナ		被保険者番号															
被保険者氏名		個人番号															
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生	性 別	男 ・ 女														
住 所	〒 電話番号																

福祉用具が必要となる理由書

特定福祉用具の種目	用具を必要とする理由（詳しく）

令和 年 月 日

上記のような理由により特定福祉用具の購入が必要となります。

勤 務 先 名 _____

勤 務 先 住 所 _____

介護支援専門員氏名 _____