

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	2	8	2	1	6	0	高砂市
被保険者氏名						被保険者番号							
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 (商品名及び品番)		製造事業者名	販売事業者名 (指定番号)	購入金額	購 入 日								
1			()	円	平成	年	月	日					
2				円	平成	年	月	日					
3				円	平成	年	月	日					
4				円	平成	年	月	日					
福祉用具が 必要な理由													
<p>高砂市長 様</p> <p>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。 なお、支払は下記の口座に振り込んでください。 平成 年 月 日</p> <p>申請者 (被保険者) 住所 _____ 氏名 _____ ⑩ 電話番号 _____</p> <p>届出者 _____ (続柄: _____)</p>													

受 付

口座振替依頼欄	金融機関名	銀行コード				支店コード			
	預金種別	銀行 信金 農協				支店 出張所 支所			
		1 普通	口座番号						
2 当座		フリガナ						
3 その他	口座名義人 (被保険者)							

※1 この申請書のほかに下記の書類を添付してください。
 ①被保険者証
 ②領収書
 ③購入した福祉用具のパンフレット

※2 「福祉用具が必要な理由」欄については、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。

市記入欄 <以下は記入しないでください。>

認定結果	支1・2 介1・2・3・4・5	認定有効期間	上記の申請について、左記のとおり決定してよろしいか。				
支給限度額	円	H . . から	課長	副課長	係長	係	
給付率	/ 100						
支給決定金額	円	H . . まで					
支給後限度額	円						
未納保険料	有・無						