

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払い）

フリガナ				保険者番号	012070				
被保険者氏名				被保険者番号					
生年月日	明・大・昭 年 月 日生								
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					
			円	年 月 日					
合計(税込)			円						
福祉用具が必要な理由									
これまでの福祉用具 購入費支給申請の有無	有 無	年 月 日 申請 支給額 円	年 月 日 申請 支給額 円						
帯広市長 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									

- 注意**
- ・この申請書の裏面に、領収証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。
 - ・**販売店が「特定福祉用具販売」、「特定介護予防福祉用具販売」の指定を受けていることが必要です。**

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。

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協 労金	支店名		本店 支店 出張所
金融機関コード		店番号		
口座種目	1 普通 2 当座 3 その他 ()	口座番号		

ゆうちょ銀行	記号 (店番)				番号 (口座番号)				
--------	------------	--	--	--	--------------	--	--	--	--

フリガナ 口座名義人	様 (被保険者様ご本人名義)								
---------------	----------------	--	--	--	--	--	--	--	--

市記入欄

受付日	支給限度額	申請履歴	介護度	領収証	パンフレット