

介護保険居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費支給申請書 (償還払い用)

㊦がナ 被保険者氏名	保険者番号		1 3 2 1 4 2		
	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	購 入 金 額	購 入 日		
		円	年 月 日		
		円	年 月 日		
		円	年 月 日		
購入費合計	円		支給申請額	円	
福祉用具が 必要な理由					
国分寺市長 殿 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 (被保険者) 氏名 _____ 印 電話番号 _____					
販売事業者名 および 所 在 地	所在地 〒		電話番号		
	指定事業者名		電話番号		

注意・この申請書に、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。

上記の居宅介護 (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。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	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						
	㊦がナ 口座名義人								

【市記入欄】 認定有効期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

都の指定 有 ・ 無

要支援 _____

要介護 _____