

# 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 4 2 1 1 9		
被保険者氏名		被保険者番号			
		要介護認定	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	
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 (種目及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業所 CD・販売事業所名	購入金額	購入日		
	製造事業者名	円	令和 年 月 日		
	販売事業所 CD				
	販売事業所名				
	製造事業者名	円	令和 年 月 日		
	販売事業所 CD				
	販売事業所名				
	製造事業者名	円	令和 年 月 日		
	販売事業所 CD				
	販売事業所名				
福祉用具が 必要な理由					
岩 沼 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。  令和 年 月 日 住 所 _____ 申請者 _____ 電話番号 _____ - _____ (被保険者) 氏 名 _____					

(※) この申請書に領収書、福祉用具のパンフレット等を添付してください。

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農業協同組合	支店 本店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	支店コード	1 普通預金	
			2 当座預金	
	フリガナ 口座名義人			

上記口座に振込みされることに同意します。

(被保険者氏名) \_\_\_\_\_

【被保険者本人と口座名義人が異なる場合には、被保険者名を記入のうえ押印してください。】