

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	1 5 2 2 2 3														
被保険者氏名				被保険者番号															
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	個人番号														
住所	〒 ー													電話番号	ー ー				
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																			
<p>(宛先) 上越市長 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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 _____</p> <p>申請者 _____ 電話番号 ー ー _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p>																			

注意 ・ この申請書の裏面に、領収証、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」は、個々の福祉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。

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。

金融機関コード	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	預金種目	口座番号				
		店舗コード	1. 普通 2. 当座					
フリガナ								
口座名義人								

購入した福祉用具が多いために表面の欄に書ききれない場合は、以下の欄に記載してください。

領収証等は、ここに貼付してください。貼付が困難な場合は、別添としてもかまいません。

福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	本来の購入費用 (10割)
		円
		円
		円
		円
		円
福祉用具が必要な理由 (個々の福祉用具ごとに記載してください。)		