

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	6	2	0	8	9
被保険者氏名			被保険者番号								
			個人番号								
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 (種目及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名			購入金額		購入日					
				円		年 月 日					
				円		年 月 日					
				円		年 月 日					
福祉用具が 必要な理由											
<p>(宛先) 向日市長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p>											

注意 ・この申請書に、領収書、居宅サービス計画（第2表及び第3表）の写し、介護予防サービス計画（介護予防サービス支援計画表）の写し又は特定（介護予防）福祉用具販売計画の写し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。
 ・支給の上限額を超過して販売された特定（介護予防）福祉用具の超過分は、自己負担となります。

居宅介護（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。

口座振込み 依頼欄	銀行 信用金庫 協同組合	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								
	フリガナ										
	口座名義人										