

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書（償還払い用）

フリガナ		保険者番号		4	3	2	1	0	4
被保険者氏名		被保険者番号							
		被保険者番号							
購入時の要介護度		性別	男・女						
生年月日	明・大・昭 年 月 日生								
住所	〒 _____ 電話番号 _____								
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者及び 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									
	事業所名	印	担当	印					
菊池市長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 _____ 電話番号 _____ 氏 名 _____ 印									

注意 ・この申請書の申請書に、領収書及び福祉用具のパンフレット見積書・ケアプラン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、この申請書の裏面及び別紙に記載してください。

請 求 書	
菊池市長 様	請求金額 _____ 円
上記のとおり請求します。	
年 月 日	
住 所	電話番号 _____
氏 名	印

居宅介護（支援）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店 支所 出張所	種 目	口 座 番 号						
	金融機関コード	支店・店舗コード	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他							
	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									