

介護保険 介護予防・居宅介護福祉用具購入費支給申請書

フリガナ					保険者番号					2	1	2	0	1	9	
被保険者氏名					被保険者番号											
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女										
住所	〒				要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5										
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 販売事業者名				購入金額				購入日							
					円				平・令	年	月	日				
					円				平・令	年	月	日				
					円				平・令	年	月	日				
登録事業所 番号					合計	円				支給決定額※						
福祉用具が 必要な理由																
<p>(あて先) 岐阜市長</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて介護予防・居宅介護福祉用具購入費の支給を申請 します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>申請者 電話番号 -</p> <p>(被保険者) 氏名 (印)</p>																

(注意) 1 この申請書のほかに、領収書、明細書及び福祉用具のパフレット等を添付して下さい。

2 「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下さい。

介護予防・居宅介護福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替	銀行 信用金庫 ()	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		
依頼欄	フリガナ				
	口座名義人				

上記口座に振り込みをされることに同意します。 (被保険者名) (印)
 (被保険者と口座名義人が異なる場合に被保険者名の記入、押印をして下さい。)