

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 被保険者氏名				保険者番号		2	1	2	0	1	9	
				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			令和 年 月 日							
		円			令和 年 月 日							
		円			令和 年 月 日							
登録事業所番号		合計	円	支給決定額※	円							
福祉用具が必要な理由												
(あて先) 岐阜市長												
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。												
令和 年 月 日												
住 所												
申請者 電話番号 一												
(被保険者) 氏 名 (署名)												

(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ン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 依頼欄	銀行 信用金庫 ()			本店 支店 出張所	種目 1 普通預金 2 当座預金	口座番号					
	金融機関コード			店舗コード							
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。)