

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				
被保険者氏名				個人番号				
被保険者番号				性別	男・女			
生年月日	明・大・昭	年	月	日				
住所	〒							
				電話（ ）		—		
福祉用具名 (種目名および商品名)	製造事業者名及び販売 事業者名・事業所番号			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								
稚内市長 様 上記のとおり、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。 年 月 日 住所 〒 申請者 氏名 ⑩ 電話（ ） —								

注1 この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。
 注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。

【償還払いを利用する場合】

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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 協同組合	本店 支店 支所	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						

【受領委任払いを利用する場合】

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を別添委任状の受領委任払い事業者の口座に振り込んでください。

【事務処理欄】

資格	<input type="checkbox"/> 1号・ <input type="checkbox"/> 2号	保険料納付状況	未納（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無）
介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（1・2） <input type="checkbox"/> 要介護（1・2・3・4・5）	受領委任払い委任状	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
負担割合	割	領収書確認欄	<input type="checkbox"/>