

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

※太枠内は市で記入

フリガナ			被保険者番号										
被保険者名			個人番号										
生年月日	明・大・昭 年 月 日												
住所	〒												
	電話番号												
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名		購入金額		保険請求額								
	販売事業者名		購入日		利用者負担額								
			円		円								
			年 月 日		円								
			円		円								
			年 月 日		円								
			円		円								
			年 月 日		円								
福祉用具が 必要な理由													
振込先			銀行 金庫 組合				本店 支店 出張所		1 普通預金 2 当座預金 3 その他()				
	フリガナ						口座 番号						
	口座名義人												
(あて先) 小松市長 上記のとおり、関係書類を添えて特定(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 令和 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号													

- ※ 注意
- ・ この申請書の他に、①領収書 ②福祉用具のパンフレット等を提出して下さい。
 - ・ 「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下さい。
欄内に記載が困難な場合は裏面に記載して下さい。
 - ・ 振込先は被保険者本人の口座のみとなります。

◆ 市記入欄

保険料 納付状況	領収書確認欄	保険請求額計	備考	入力
未納保険料 有・無		円		/
滞納保険料 有・無		円		