

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払）

フリガナ			保険者番号	2 8 2 1 5 2												
被保険者氏名			被保険者番号													
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	販売事業者番号											
資格	<input type="checkbox"/> 1号・ <input type="checkbox"/> 2号	要介護度				有効期間	～									
住所	〒 _____ 三木市											電話番号	()			
福祉用具名 (種目名及び商品名)				製造事業者名 販売事業者名				購入金額 購入日								
種目名				製造事業者名								円				
商品名				販売事業者名				令和 年 月 日								
種目名				製造事業者名								円				
商品名				販売事業者名				令和 年 月 日								
種目名				製造事業者名								円				
商品名				販売事業者名				令和 年 月 日								
福祉用具が必要な理由		別紙のとおり（破損等により再購入する場合は、その状況が分かるもの）														
三木市長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（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 _____ (被保険者) 氏名 _____ 電話番号 ()																

(備考) この申請書に理由書、福祉用具のカタログ、福祉用具サービス計画書、領収証等を添付してください。

居宅介護（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。

申請者(被保険者)以外の口座への振込を希望する場合は、委任状を必ず記入してください。														
口座振込依頼欄	金融機関名				本支店名				種目		口座番号(右づめ)			
	金融機関コード				店舗コード				1 普通 2 当座 3 貯蓄					
	フリガナ													
口座名義人														

市記入欄

収 受 印	保険料収納等状況			生活保護状況		支給履歴		支給決定額(負担割合 割)			
決 裁 欄	<input type="checkbox"/> 滞納無			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	起 案		課 内 合 議				係 長		課 長		