

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											
被保険者氏名	保険者番号		福津市	4	0	2	2	4	8		
	個人番号										
	被保険者番号										
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女					
住所	〒 福津市 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						
			円		平成 年 月 日						
			円		平成 年 月 日						
			円		平成 年 月 日						
福祉用具が 必要な理由											
<p>福津市長様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者（被保険者本人）</p> <p>〒 福津市 電話番号 ()</p> <p>氏名 (印)</p> <p>申請代行者（代理人）</p> <p>〒 福津市 電話番号 ()</p> <p>氏名 (印) 被保険者との続柄 ()</p>											

※注意 ・この申請書に、領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。
 ・「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。

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下さい。

口座振込 依頼欄	銀行等	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号（右詰め）					
		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						
※本人名義の口座を記載願います。	ゆうちょ銀行 (郵便局)	通帳記号			通帳番号（右詰め）					
	フリガナ 口座名義人	1 0 の								

福津市記入欄

適用制度	<input type="checkbox"/> 福津市高額介護サービス費資金貸付制度		決定日	
収納状況	1. 完納 2. 未納	給付金額	円	支給日