

介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保険者番号		2 2 2 2 5 7	
被保険者氏名			被保険者番号			
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女
住所	〒 電話番号					
福祉用具名 (種目名及び商品名)	事業者番号及び 販売事業所名	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	
福祉用具が 必要な理由						
伊豆の国市長 様						
上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)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		氏名		電話番号		
		印				

注意 ・この申請書に、領収証及び福祉用具販売計画書(写)・パンフレットを添付してください。

・「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。

・福祉用具購入については、指定事業所での購入のみが支給対象です。指定事業所以外での購入は、支給対象外となりますのでご注意ください。詳しくは、長寿介護課までお問合せください。

居宅介護(支援)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行	本店	種目	口座番号
	信用金庫	支店		
	信用組合	出張所	1 普通預金	
	農協		2 当座預金	
	フリガナ			
	口座名義人			

お問合せ先 長寿介護課 TEL0558-76-8009