

## 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	3 4 2 0 2 2	
被保険者氏名			被保険者番号		
生年月日	明・大・昭 年 月 日		性別	男・女	
住所	〒 - 電話番号				
福祉用具名 (種目名(上段)及び商品名(下段))	製造事業者(上段)及び 指定販売事業所名(下段)	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		
合計		円			
福祉用具が 必要な理由					
所属事業所名	職名				
	氏名				
呉市長殿 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。 令和 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号					

注意 この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパフレット等福祉用具の概要を記載した書面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（ただし、居宅サービス計画及び介護予防サービス計画（用具の購入が記載されているものに限る。）を添付している場合は、記入の必要はありません）。

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。（償還払いの場合）

口座振込	銀行 信用金庫 組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号	
	金融機関コード	支店コード	1 普通預金		
依頼欄	フリガナ		2 当座預金		
	口座名義人		3 その他		

決定内容 <input type="checkbox"/> 支給（ 円） <input type="checkbox"/> 不支給	書類審査及び入力	要支援・要介護度	年度内購入金額(当申請以外) 円	受付印
		要支援 1・2 要介護 1・2・3 4・5	<input type="checkbox"/> 2号被保険者 <input type="checkbox"/> 減免 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 同一種目購入	