

介護保険居宅介護(支援) 福祉用具購入費支給申請書

支給

保険者番号	2 6 2 0 6 3	被保険者番号																						
		個人番号																						
フリガナ											生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日									
被保険者名																								
住 所	〒										電話番号													
福祉用具名 (種目名及び用品名)	製造事業者及び 販売事業者名					購入額					購入日													
						円					年 月 日													
						円					年 月 日													
						円					年 月 日													
福祉用具が 必要な理由																								
事前承認申請の 有無	あり										なし													
(あて先)亀岡市長															年 月 日									
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。																								
住所 〒																								
申請者(被保険者)																								
氏 名															電話番号									

(注意事項)

- ※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。ただし、事前承認を得ている場合は記載不要です。
- ※口座欄は、事前承認申請に基づき居宅介護(支援)福祉用具購入費支給の事前承認決定を受けている場合は、記入不要です。

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。

口座振替依頼欄	金融機関コード	支店コード	1普通 2当座 3その他	口座番号
	銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 支店		
	フリガナ			
	口座名義人			

委任の欄	この欄は申請者(被保険者)と振り込み口座名義人とが異なる場合に、記入してください。	上記福祉用具購入費の受領を _____ に委任します。 年 月 日 申請者(被保険者)氏名	㊞
------	---	---	---