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	福津市	４０２２４８
被保険者氏名		個 人 番 号		
		被 保 険 者 番 号		
生 年 月 日	明・大・昭　　年　　月　　日生（　　歳）	性 別	男 ・ 女	
住　　所	福津市			

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 （購入予定額）	購 入 日
		円 （　　円）	令和　年　月　日
		円 （　　円）	令和　年　月　日
		円 （　　円）	令和　年　月　日

福 津 市 長 様

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（被保険者本人）

〒 811－

住　所　福津市　　電話番号

氏　名※

（※）本人が自署しない場合は、記名押印してください。

申請代行者（代理人）

〒　　－

住　所　　電話番号

氏　名　　㊞　　被保険者との続柄（　　）

※注意　この申請書に、福祉用具が必要な理由書、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。
購入後、領収書等を添付して申請書を提出する際に下記の口座を記入してください。

口座振込依頼欄 ※本人名義の口座を記載願います。	銀行等	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種　目 1　普通預金 2　当座預金 3　その他	口座番号（右詰めで）
		金融機関コード	店舗コード		
	ゆうちょ銀行 （郵便局）	通帳記号 1　　0　の			通帳番号（右詰めで）
	フリガナ 口座名義人				

福津市記入欄

適用制度	□ 福津市高額介護サービス費資金貸付制度			認定	介・支（　　）		事前申請 □要介護１、要支援１・２ □購入予定額５万円以上 （いずれにも該当する場合のみ）	
収納状況	1．完納 2．未納	購入歴	（有 ・ 無） 年　月　（　　円） 年　月　（　　円）					
給付金額	円	割	決定日	／	支給日	／		