

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	1	1	2	1	4	4
被保険者氏名				被保険者番号						
				個人番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日	要介護度等					
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日									
住所	〒 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 (10割)			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										
春日部市長 あて 前のとおり、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。 年 月 日 〒 住所 申請者 氏名 (印) 電話番号 ()										
代理申請を行う 事業所情報	事業所名称 氏名	電話 ()								

注意 ・領収証の写し、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、個々の福祉用具ごとに記載してください。
 給付費を以下の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協	本店 支店	種目	口座番号	
	金融機関コード	店舗番号	1 普通 2 当座預金 3 その他 ()		
	フリガナ				
	口座名義人				

【市記入欄】

資格	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号	給付実績	有・無
認定状況	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	保険料	未 (有・無) 滞 (有・無)
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	備考	