

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										
被保険者氏名			被保険者番号										
			個人番号										
生年月日	年	月	日	性別	男・女		負担割合	1割・2割・3割					
住所	〒												
												電話番号	()
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び販売事業者名		購入金額 (消費税含む)		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													
珠洲市長 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。 年 月 日 住所 _____ 申請者 氏名 _____ 電話番号 ()													

注 意 ・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付して下さい。
 ・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

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。

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

市記入欄

受給資格	要介護度	有効期間
給付制限	無・有 ()	
既購入	無・有 ()	
支給決定額	(購入費 × 0.7 0.8)	円 *支給限度額年間(4/1~3/31)10万円購入分 0.9