

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書

（ 年 月購入分）

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------|--------|-------------|--|-------|--|--|---|
| フリガナ | | | 保険者番号 | 2 3 2 0 4 1 | | | | | |
| 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 日生 | 性別 | 男・女 | | 負担割合 | | | 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 | | | 購入日 | | | |
| | | | 円 | | | 年 月 日 | | | |
| | | | 円 | | | 年 月 日 | | | |
| | | | 円 | | | 年 月 日 | | | |
| 販売事業者指定登録事業所番号 | | | | | | | | | |
| 福祉用具が 必要な理由 | | | | | | | | | |
| 瀬戸市長様 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。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号（ ）－ | | | | | | | | | |

注意 1 この申請書の裏面に、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。
 2 「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。

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。

| | | | | | | | | | |
|-------------|--------------------------|--|-----------------|-----------|--------------------|--|-------|--|--|
| 口座振込 依頼欄 | 銀行 信用金庫 信用組合 農協 | | 本店 支店 出張所 | | 預金種目 (該当するものに○) | | 普通・当座 | | |
| | 金融機関 コード | | | 支店 コード | | | 口座番号 | | |
| | フリガナ | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | | |

※保険者記入欄（記入しないでください）

| | | | | |
|------------------------------|-----------------|---|---|-------|
| 算 定 式 | A 支給限度基準額 | | 円 | 支給決定額 |
| | B 既に支給済の支給対象額総額 | | 円 | |
| | C A-B | | 円 | 円 |
| | D 今回の支給対象額 | | 円 | |
| E CまたはDの少ないほうの額× % (小数点切り捨て) | | 円 | | 円 |
| 要介護度 | | | | |
| | | | | |