

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書

（平成 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				平成		年		月		日			
							円				平成		年		月		日			
							円				平成		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。 平成 年 月 日 住所 申請者 電話番号（ ）－ 氏名 印																				

- 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		
	D 今回の支給対象額	円		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

