

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

		個人番号			
被保険者番号			氏名		
住所				電話番号	
性別	男 ・ 女	生年月日	明大昭	年	月 日生
要介護状態区分			認定有効期間	令和	年 月 日 ~ 令和 年 月 日
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(事業所番号)		購入金額	購入日	
	( )		円	令和 年 月 日	
	( )		円	令和 年 月 日	
	( )		円	令和 年 月 日	
福祉用具が 必要な理由					
<p>黒石市長様</p> <p>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。 また、当該支給費の受領を下記の者に委任します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 電話番号</p>					

注意 ・この申請書のほかに、領収証及び請求書、福祉用具のパンフレットを添付してください。  
 ・「事業所番号」は県から指定された番号を記載してください。  
 ・「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。

受取人の 住所 事業者名 代表者名					電話番号
口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	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		
ふりがな					
口座名義人					

購入月における他の居宅サービス利用額	円	福祉用具購入費利用限度額	円
*処理欄	決定	<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給	支給額 円