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 被保険者氏名		個人番号	
		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生	性別	男　・　女
要介護状態区分		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	

黒石市長　様

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。

令和　　年　　月　　日

申請者　住所　　氏名　　電話番号

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下さい。
・「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・信用金庫 信用組合・労働金庫 農業協同組合	店所	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 （被保険者名義の口座に限る）			

＊処理欄	決定	□支給　□不支給	福祉用具購入費利用限度額	円
			支給額	円