

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			保険者番号			1	3	2	1	2	6
			被保険者番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日生										
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					
購入金額 合計	円 うち支給申請額 円										
福祉用具が 必要な理由											
(あて先) 日野市長 上記被保険者にかかる居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を、関係書類を添えて 申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 ()											
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						
	フリガナ 口座名義人										

市記入欄

自己負担割合	給付制限状況	領収証確認	購入費残額	要介護度	認定有効期間
1割・2割	有・無		円		年 月 日～ 年 月 日

注意 ・ この申請書に、領収証及び福祉用具のパン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。