

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

請求金額		円									
フリガナ				性別	保険者番号		2 4 2 0 8 1				
被保険者氏名				男 ・ 女	被保険者番号		0 0 0 0				
	生年月日				年 月 日生		個人番号				
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			
福祉用具が 必要な理由											
振込先口座	銀行 農協 信用金庫		支店 支所 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									
名張市長様 上記のとおり申請します。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 印 電話番号											

[注] ・この申請書の裏面に、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。

・被保険者以外の口座を希望する場合は、裏面に委任状も必ず添付してください。

名張市記入欄

備 考	上記申請について、下記のとおり決定してよろしいか。		
	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 支給	室 長	係 長
	<input type="checkbox"/> 不支給 理由	室 員	室 員
		支給決定額 円	