

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		2		3		2		0		2		5		
	被保険者番号														
生 年 月 日	明・大・昭		年		月		日								
住 所	岡崎市														
福祉用具種目・商品名				製造事業者名				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			
当該福祉用具が必要な理由															
要介護度		身体 の 状況等：													
要支援（ ）		目的・効果等：													
要介護（ ）															
記入者	所属・氏名							資格（介護支援専門員・福祉用具専門相談員・その他（ ））							
特定福祉用具販売事業者名及び指定事業所番号															
事業者名								番号							
（宛先）岡崎市長 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 住所 岡崎市 申請者 氏名 電話番号															

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

- ※ この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
- ※ 「当該福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記入してください。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（介護予防）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・農協 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																