

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払い用）

個人番号		被保険者番号			
				
被保険者名前		生 年 月 日			
フリガナ		年 月 日			
被 保 険 者 住 所					
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
1	(種目名)	(製造事業者名)		円	年 月 日
	(商品名)	(販売事業者名)		(事業所番号)	
	(福祉用具が必要な理由)				
2	(種目名)	(製造事業者名)		円	年 月 日
	(商品名)	(販売事業者名)		(事業所番号)	
	(福祉用具が必要な理由)				
3	(種目名)	(製造事業者名)		円	年 月 日
	(商品名)	(販売事業者名)		(事業所番号)	
	(福祉用具が必要な理由)				
福 山 市 長 様 関係書類を添えて介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 なお、支給については次の口座に振り込んでください。 年 月 日 住 所 申 請 者 (被保険者) 名 前 電話番号 () -					
振込 口座	金融機関名		本・支店(所)名		預金種目
					1 普通預金 2 当座預金 3 貯蓄預金 4 その他()
	ゆうちょ 銀行の 場合	貯金種目		通帳記号	通帳番号(8桁・右づめで記入)
口座名義人カナ (被保険者)					

【注意事項】

- この申請書には、購入した福祉用具の内訳が明確な領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。
- 「福祉用具が必要な理由」は、個々の用具ごとに記載してください。また、同一商品（歩行補助杖や固定用スロープ等）を複数購入する場合、必要な理由に加え、単価や個数を記載してください。
- 認定等申請中に福祉用具を購入した場合は、購入日時点の介護度が確定した後に申請してください。

