

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					保険者番号					
被保険者氏名					被保険者番号					
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	個人番号					
住所	〒 ー				電話番号					
福祉用具名					販売事業者名	費用額				
種目	商品名	製造事業者名			事業所番号	購入日				
						円				
						平成 年 月 日				
						円				
						平成 年 月 日				
福祉用具が必要な理由										
志木市長 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。 平成 年 月 日 住所 _____ 申請者 氏名 _____ 印 _____ 電話番号 _____										
注意 ・この申請書の他に、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」については、個々の用具毎に記載してください。 なお、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	口座名義人				金融機関コード					
	フリガナ				銀行・信用金庫・農業協同組合					
					本店・支店・出張所					
				普通・当座						
市記入欄										
資格	品目	領収書	パンフ	口座受領委任	介護度	給付制限	負担割合	支給履歴		
有・無	該当・非	有・無	有・無	有・無	支・介 ()	有・無	1割・2割	有・無 <small>（支給限度額）</small> 円		
費用額合計10割①		本人負担額②		支給額①-②		支給決定年月日		受付	入力	確認
円		円		円		平成 年 月 日				