

受付印

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	3 6 2 0 2 0					
被保険者氏名			被保険者番号						
生年月日	年 月 日生								
住所	〒 -		電話番号 () -						
福祉用具名 (種目名及び商品名)	福祉用具が必要な理由	購入金額	購入日	販売事業者番号					
		円	年 月 日	販売事業者名・製造事業者名					
		円	年 月 日						
		円	年 月 日						
購入金額の合計		円							
鳴門市長様 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。 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号 () -									
申請書を提出 する者	所属名			住所又は所在地	〒 -				
	氏名			電話番号	() -				

・この申請書に、※①ケアプラン(第1表-第4表)、②福祉用具サービス計画書(写し)、③領収書、④当該福祉用具のパンプ
 レット等、⑤委任状(下記の口座名義人が被保険者名と異なる場合のみ添付)を添付してください。
 ※①ケアプランについて、要支援1・2の方については、介護予防サービス・支援計画書及びサービス担当者会議の要点を
 提出してください。
 ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。

口座振替 依頼欄	※	銀行 金庫 農協	本店(本所) 支店(支所) 出張所	種目	口座番号			
	フリガナ			1 普通 2 当座 3 その他				
	口座名義人							
※ゆうちょ銀行の方で他の金融機関から振込用の店名・口座番号等 が不明の場合は右欄に記号・番号をご記入ください。			記号(5桁)	番号(7桁または8桁)				

保険者記入欄

保険料納付状況	未納保険料 (有・無)	給付率	9・8・7・6 / 10	
	滞納保険料 (有・無)	給付対象額	円	
介護度	要支援・要介護 ()	給付決定額	円	
購入履歴				