

## 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          |  |        |  |     |   |   |  |  |
| 住所   | 〒 電話番号               |  |        |  |     |   |   |  |  |
| 福祉用具名<br>(種目及び商品名)   | 製造事業者名及び<br>指定販売事業者名 |  | 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   |                      |  |        |  |     |   |   |  |  |
| 南国市長 様<br>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。<br>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。<br><br>年 月 日<br><br>住所<br><br>申請者 氏名<br>(被保険者)<br><br>電話番号 |                      |  |        |  |     |   |   |  |  |

- 注意**・この申請書に、領収書及び福祉用具のパ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、個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。  
 ・同品目の再購入及び部品交換の場合は、利用していた福祉用具の劣化や破損が分かる部分と全体の写真を添付してください。オーダーメイド品の購入は申請前に相談してください。

|             |                      |                       |       |      |  |  |  |  |  |
|-------------|----------------------|-----------------------|-------|------|--|--|--|--|--|
| 口座振込<br>依頼欄 | 銀行<br>信金・信組<br>農協・労金 | 本店・本所<br>支店・支所<br>出張所 | 種目    | 口座番号 |  |  |  |  |  |
|             | 金融機関コード              |                       | 店舗コード |      |  |  |  |  |  |
|             |                      |                       |       |      |  |  |  |  |  |
|             | フリガナ<br>口座名義人        |                       |       |      |  |  |  |  |  |

**注意**・申請者と口座名義人が異なる場合は、別紙委任状への記載と押印が必要です。

—市記入欄—

|     |    |      |    |    |         |  |
|-----|----|------|----|----|---------|--|
| 決裁欄 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 担当 | 支給対象額   |  |
|     |    |      |    |    | 支給額     |  |
|     |    |      |    |    | 支給決定年月日 |  |