

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	-----	性別 男・女	保険者番号	-----
			被保険者番号	-----
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		個人番号	-----
住所	〒 ----- 電話番号 -----			
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
			円	年 月 日
			円	年 月 日
			円	年 月 日
福祉用具が 必要な理由				
我孫子市長 あて  上記のとおり関係書類を添えて（居宅介護・介護予防）福祉購入費の支給を申請します。  年 月 日  住所 申請者 氏名 電話番号 印				

注意(1) この申請の裏面に、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。

(2) 「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。

(居宅介護・介護予防) 福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼書	銀行 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	-----		

※我孫子市記入欄

保険対象額	本人負担額	支給決定額	備考

## 注意

- 1 この申請書には、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。
- 2 「福祉用具が必要な理由」欄については、個々の用具ごとに記載してください。なお、欄内に記載が困難なときは、裏面に記載してください。
- 3 保険対象費用額に給付対象外経費が含まれているときは、保険支給額が減額されますのでご注意ください。