

年 月 日

彦根市長 様

介護保険福祉用具購入費支給申請書

介護保険法施行規則第71条および第90条の規定により、関係書類を添えて介護保険福祉用具購入費の支給を申請します

フリガナ 申請者氏名 (被保険者)	----- ①		保険者番号	2	5	2	0	2	3
			被保険者番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女			
要介護度	要支援 (1・2)		要介護 (1・2・3・4・5)						
住所	〒 電話番号								
福祉用具名 (種目名および商品名)	製造事業者名および 販売事業者名		購入金額		購入日				
①			円		平成 年 月 日				
②			円		平成 年 月 日				
③			円		平成 年 月 日				
福祉用具が 必要な理由 及び使用後の 改善点									

注意・ **特定福祉用具販売の指定を受けていない事業所で購入した場合は対象になりません。**

- この申請書の裏面に、領収書およ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、**介護支援専門員もしくは、指定事業所の福祉用具専門相談員**による個々の用具ごとに記載が必要です。欄内に記載ができない場合は、裏面に記載してください。

介護保険福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行	本店	種目	口座番号				
	信用金庫	支店						
	農協	出張所	1 普通預金					
	金融機関コード	店舗コード	2 当座預金					
			3 その他					
フリガナ								
口座名義人								

市記入欄

受付	保険料	確認	備考
	<input type="checkbox"/> 未納なし <input type="checkbox"/> 未納あり		