

課長	副課長	係長	係

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	伊万里市	4	1	2	0	5	6
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女						
住所	〒 ー		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									
伊万里市長様 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 住所 申請者 氏名 電話番号									

- 注 1 購入先は都道府県で指定を受けた「特定福祉用具販売事業者」でなければなりません。
 2 この申請書の裏面に、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。
 3 「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）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

振込先 金融機関	銀行	本店 支店 本所 支所 出張所	種目	口座番号					
	農協		1.普通預金 2.当座預金 3.その他						
	金庫								
	フリガナ								
	口座名義人	本人との関係 ()							

市記入欄

既給付決定額	負担割合	今回支給決定額	備考
円	割	円	平成11年3月31日厚生省告示第94号

本人確認方法：運転免許証・個人番号カード・医療保険証等・その他（ ）
 番号確認方法：個人番号カード・通知カード・住民票の写し等・住基または標準システム