

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	保険者番号		2	2	2	1	4	1
	被保険者番号							
個人番号								
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女		
住所	〒							
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		令和	年	月	日
			円		令和	年	月	日
			円		令和	年	月	日
合計購入金額（消費税込み）			円					
福祉用具が 必要な理由								
要介護度区分	要支援（1・2）・要介護（1・2・3・4・5）							
藤枝市長 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。  令和 年 月 日  住所 申請者 電話番号 氏名 (印)								

捨 印

注意・この申請書に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付して下さい。  
 ・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

居宅介護（支援）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	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	-----						