

様式第32号 (第21条関係)

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												
被保険者氏名			被保険者番号												
個人番号			生年月日	年 月 日											
住所	〒		電話番号												
特定福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	購入金額	購入日												
		円	年 月 日												
		円	年 月 日												
		円	年 月 日												
特定福祉用具販売業者名			販売事業所番号												
福祉用具が 必要な理由															
(宛先)愛西市長 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															

注意・この申請書の裏面に、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。
- ・指定を受けた事業者からの購入に限り保険給付の対象となります。

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。

口座振替依頼欄	銀行 信用金庫 農協	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														

〔市処理欄〕

費用額	円	振込予定日	年 月 日
支給額	円	添付書類	領収書・パンフレット