

**介護保険居宅介護（支援）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	292029			
			被保険者番号				
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女	
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：別紙計画書のとおり			合計金額	円			
<p>大和高田市長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号</p> <p>氏名 (印) (続柄)</p>							

**<注意>**

- ・ 福祉用具の**カタログのコピー等を申請書の裏面に貼付し、福祉用具サービス計画書（利用計画）、領収証は原本を提示して申請してください。**
- ・ 「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。
- ・ 口座名義人が被保険者でない場合、申請者と口座名義人は同一でお願いします。  
**※下記の口座について確認のとれる書類（通帳の写し等）の添付、もしくは申請者以外の方（GM、施工業者可）の押印を口座確認欄にお願いします。**

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ください。

口座振替 依頼欄	銀行 金庫 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			

〔口座確認者と申請者との関係〕

家族 施工業者 ケアマネ その他 ( )

口座確認欄

※市記入欄

<input type="checkbox"/> 受給資格確認(支・介 ) <input type="checkbox"/> 滞納(有・無)	支給決定額
<input type="checkbox"/> 前回分迄( 円) 残額( 円)	自己負担金