

福祉用具購入費支給申請書

フリガナ () 被保険者名		個人番号											
		被保険者番号											
	男・女	介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5										
住 所	佐世保市 Tel — —		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 歳									

福祉用具購入費支給申請の実績	有・無	支給方法	<input type="checkbox"/> 償還払い <input type="checkbox"/> 受領委任払い		※受領委任払いについては、申請書裏面の委任状が必要となります。
----------------	-----	------	---	--	---------------------------------

種目名	商品名・製造業者名	事業者番号・購入業者名	購入日	購入額	福祉用具が必要な理由
			年		
			月 日	円	
			年		
			月 日	円	
			年		
			月 日	円	
			年		
			月 日	円	
合計					円(税込)

居宅介護（介護予防）・小規模多機能型居宅介護支援事業者名		
介護支援専門員(ケアマネジャー)氏名	Tel	— —
佐世保市長 様		
上記のとおり関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請します。		
年 月 日		
申請者 住所 佐世保市		
氏名	Tel	— —

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下さい。

償還払い口座振替依頼欄	金融機関名		金融機関コード	種 類	1普通 2当座 3その他
	店 舗 名	本店 支店 出張所	店舗コード	口座番号	
	口座名義人	フリガナ -----			

※注意
 (1) この申請書の福祉用具が必要な理由の欄はケアマネジャーが記入して下さい。
 (2) 添付書類〔口座収書（氏名入り）福祉用具のパンフレット（コピー可）〕が必要です。