

第1号様式（第3条関係）

香芝市介護保険居宅介護（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									
要介護認定 (該当に○)	要支援	要介護				申請中						
	1・2	1・2・3・4・5										
生年月日	年 月 日		性別		男・女							
住所	〒 ー 電話番号 () ー											
福祉用具名 (種目及び商品名)												
製造事業者名												
販売事業者名 (指定事業者番号)	()			()				()				
購入金額	円			円				円				
購入日	年 月 日			年 月 日				年 月 日				
福祉用具が 必要な理由												
入所(院)期間	年 月 日(入所(院)日)～ 年 月 日(退所(院)日)											
<p>香芝市長 様</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者(被保険者) 住 所 氏 名 電話番号 () ー</p>												

- (注) 1 この申請書に、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。
 2 「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、任意の様式で記載してください。

香芝市介護保険居宅介護（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 金融機関名	銀行 信金 農協 信組				支店				受付年月日
口座種別	1. 普通 2. 当座	口座番号							
フリガナ				口座名義人					