介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

（フリガナ） 被保険者氏名	ハチノヘ　タロウ 八 戸　太 郎	保険者番号	0 2 2 0 3 8
		被保険者番号	0 0 0 0 0 ※ ※ ※ ※ ※
生年月日	明・大・昭　10年　1月　1日	性　別	男　・　女
住　所	八戸市内丸一丁目１－１		43－21111

住所、氏名、電話番号等を間違えた場合は、その都度訂正印を押してください。

特定福祉用具名（種目名及び商品名）	製造事業者名 販売事業者名	購入金額	購入日
① ポータブルトイレ	○○㈱ ○○○（有）	50,000円	平成　19年4月　1日
②		円	平成　　月　日
③			月　日
④		円	平成　年　月　日

購入日は領収書に書いてある日付を記入して下さい。

福祉用具が必要な理由を記入して下さい。（欄内に記入が困難な場合には、別紙に記入し添付して下さい。）

① ※理由をできるだけ詳しく記入して下さい。

②

③

④

本人（被保険者）の住所、氏名、電話番号を記入し、押印してください。間違えた場合は、その都度訂正印を押してください。

（あて先）八戸市長

上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。

平成　　年　　月　　日

捨印を押してください

捨

申請者

住所　八戸市内丸一丁目１－１

氏名　八戸　太郎　　印　　電話番号　43－2111

（注意）この申請書に、**領収書（原本）、保険証の写し**及び**福祉用具のパンフレット等**を添付して下さい。

居宅介護福（予防）祉用具購入費を下記の口座に振込みしてください。

口座振替依頼欄	○○ 銀行・信用金庫・信用組合・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（　）	1 2 3 4 5 6 7
	○ ○ ○ ○	○ ○ ○		
	（フリガナ）口座名義人（被保険者名義の口座に限る）	ハチノヘ　タロウ 八 戸　太 郎		