

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		保険者番号		0	2	2	0	3	8
		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女						
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 販売事業者名	購入金額	購 入 日						
①		円	年 月 日						
②		円	年 月 日						
③		円	年 月 日						
④		円	年 月 日						
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									
②									
③									
④									
(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。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号									

(注意) この申請書に、領収書（原本）、保険証・負担割合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（予防）福祉用具購入費を下記の口座に振込みしてください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 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 (被保険者名義 の口座に限る)								