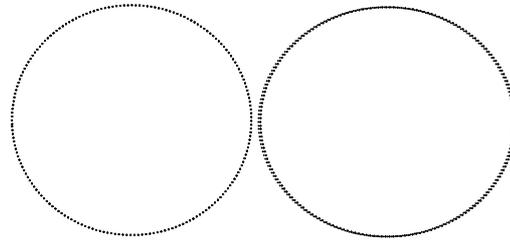


※この欄は記入しないでください。

介護保険課受付

支所等受付

要 支 援		要 介 護				
1	2	1	2	3	4	5
認 定		有 効 期 間				
.		.				
.		.				
過去2年の保険料未納の有無		有	無	給付実績		



(第14条関係)

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		保険者番号		2	8	2	2	3	6
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0				
		個人番号							
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住 所	〒 6 6 9 -								
	丹波市	町	電話番号 0 7 9 5 - -						
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 販売事業者名	購入金額	購入日						
			年 月 日						
			年 月 日						
			年 月 日						
			年 月 日						

丹波市長 様

※この欄は記入しないでください。→

※償還金額

円

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申請します。

令和 年 月 日

住 所 丹波市 町 番地 電話番号

申請者 (※) 被保険者との続柄()

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

該当する番号に○をして、振込先を記入してください。

- 1 上記金額を次の口座へ振込ください。
- 2 上記金額の受領に関する一切の権限を下記の者に委任しますので、次の口座へ振込ください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 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		
	フリガナ		本人との 関係		
	口座名義人				

(注意) この申請書の裏面等に、①領収書、②福祉用具のパフレット等の写し③福祉用具が必要な理由がわかる福祉用具サービス計画の写し(販売事業者から説明を受け同意したもの)を添付してください。

決 裁 日

年 月 日

決 裁	課 長	副 課 長	係 長	係	担 当	国保連データ入力

(裏面)

領 収 書 等 貼 付 欄