

様式第 15 号 (その 1) (第 19 条関係)

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											
被保険者氏名	被保険者番号										
	個人番号										
生年月日	明・大・昭 年 月 日										
住 所	郵便番号										
	電話番号										
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			
					円			年 月 日			
					円			年 月 日			
					円			年 月 日			
福祉用具が 必要な理由	記入者名 (1. ケアマネジャー 2. 専門相談員)										
酒田市長 宛											
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。											
年 月 日											
申請者 住所 電話番号 氏名											

(注)

- この申請書に領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
- 「福祉用具が必要な理由」の欄については、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、裏面に記載してください。
- 被保険者氏名と次の口座名義人が異なる場合には、委任状を添付してください。

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。

口 座 振 込 依 頼 欄	金融機関名			店舗名			種目	口座番号			
	金融機関コード			店舗コード				1 普通 2 当座 3 その他			
	フリガナ										
	口座名義人										

酒田市記入欄

認定状況	備 考										
支給金額											
既支給額											