

介護保険福祉用具購入費支給申請書（償還払い用）

フリガナ		保険者番号		2	6	2	1	0	5
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女						
住所	〒 -		電話番号 -						
要介護認定	要支援 1 ・ 2		要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (期間 年 月 日 ~ 年 月 日)						
購入時の入院・入所の有無	無 ・ 有 (退院・退所日 年 月 日)								
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び 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			
<p>八幡市長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて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 住所 (被保険者)</p> <p>氏名 電話番号</p>									

※この申請書に領収書等の必要書類を添付して下さい。

※同一种目の福祉用具購入や既に購入した福祉用具を修理する場合は、事前に市に相談下さい。破損の場合は、破損箇所がわかる写真を持参下さい。市が承認したものののみ支給申請できます。

福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店 出張所		種目		口座番号			
					1 普通預金					
					2 当座預金					
	金融機関コード		支店コード		3 その他()					
フリガナ										
口座名義人										

八幡市記入欄

限度残額	円	対象額	円	支給額	円	同一種目	有・無
滞納措置	無・償還払い・給付額減額 (年 月 日 ~ 年 月 日)			生保受給	無・有	認定状況	有効・無効 入院等 有・無