記入例

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

ﾌﾘｶﾞﾅ	ヒノ　ハナコ	保険者番号	1 3 2 1 2 6
被保険者氏名	日野　花子	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
生年月日	明・大・(昭)　１０年　４月　１日　生		
住　所	〒 191-8686 日野市神明１－１２－１ 電話番号 042 (585) 1111		

福祉用具名（種目名及び商品名）	製造事業者名及び販売事業者名	購入金額	購入日
シャワーチェア	ABC株式会社 HINO介護用品	18,000 円	平成２８年　４月　１日
		円	年　月　日
		円	年　月　日

購入金額　合計	18,000　円	うち支給申請額	円
福祉用具が必要な理由	下肢筋力の低下により、浴槽内での立ち座り動作が困難なため必要。		

支給申請額は、決定時に記入しますので、記入不要。

（あて先）　日野市長

上記被保険者にかかる居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を、関係書類を添えて申請します。

年　月　日

日付けは、決定時に記入しますので、記入不要。

申請者　住所　日野市神明１－１２－１

電話番号　042 (585) 1111

氏名　日野　花子

被保険者ご本人様の住所・氏名をご記入ください。

口座振込依頼欄	カワセミ　(銀行)・信用金庫・信用組合	日野　本店・(支店)・出張所	種目	口座番号
	金融機関コード 1 1 1 1	店舗コード 2 2 2	①普通預金 2当座預金 3その他	1 2 3 4 5 6 7
	ﾌﾘｶﾞﾅ	ヒノ　ハナコ		
	口座名義人	日　野　花　子		

口座振込依頼欄には、原則被保険者ご本人様名義の口座をお書きください。ご本人様以外の方の口座の場合、委任状が必要になります。

			購入費残額	要介護度	認定有効期間
１割・２割	有・無		円		年　月　日～　年　月　日

※訂正する場合は二重線で消除の上、訂正印（申請印と同じもの）を押印してください。修正液・修正テープは使用しないでください。
※金額は訂正がきかないため、金額の訂正がある場合は再度申請書を書き直してください。

注意　・この申請書に、領収証…
・「福祉用具が必要な理…合は
裏面に記載して下さい