|  |
| --- |
| 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 | 　　 |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 |
| 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 生年月日 | 明 ･ 大 ･ 昭　　　年　　 月　　 日生 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　 |
| 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 |
| 　 | 　 | 円 | 　　年　　 月　　 日 |
| 　 | 　 | 円 | 　　年　　 月　　 日 |
| 　 | 　 | 円 | 　　年　　 月　 　日 |
| 福祉用具が必要な理由 | 　 |
| 　　石垣市長　　　様　　　　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　　　　　　　　　　　　申請者住所　　　 　　 氏名　　　　　　　 　 　 　　　　　　印　　電話番号  |
| 　※ケアプラン（写し）、領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。　居宅介護(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）　　　　　　　 | （支店・出張所名） | 種　目 | 口　座　番　号 | 　 |
| ・普通・当座・その他 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 金融機関コード | 店舗コード |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ口座名義 | 　 |
| 　 |
| 　 |