

償 還 払

受付印

介護保険 特定(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			申請年月日	令和 年 月 日			
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0	0
生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別	男・女			
住所	〒 西尾市		電話 -				
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	販売事業者名 (事業者番号)	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							裏面(あり・なし)
<p>西尾市長 上記のとおり関係書類を添えて特定(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>住所 申請者 (被保険者) 氏名</p> <p>電話 -</p> <p>相続人の場合は本人との関係()</p>							

注意 ・領収証(被保険者名義)及び福祉用具のパンフレット(商品名・写真・製造事業者・定価を記載してあるもの)等を添付してください。

・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載して下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

・申請時には、被保険者証をお持ちください。

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協・漁協	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 口座名義人						

市記入欄	区分	保険料納付状況	領収証 確認欄	パンフレット 確認欄	被保険者 証確認	要介護度 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	備考
	1 一般	未納保険料 有・無					
	2 支払方法の変更	滞納保険料 有・無					
	3 給付額減額						