

様式第18号(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(新規・追加)

(フリガナ) 被保険者氏名	保険者番号		2		8		2		2		1		0	
	被保険者番号		0		0		0		0					
生年月日	年 月 日生		個人番号											
要介護度区分	要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5													
住所	(〒 —)							TEL() —						
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				居宅介護支援 事業所名及び 居宅介護支援 専門員氏名										
<p>丹波篠山市長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)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 電話番号() — 氏 名 被保険者との続柄 ()</p>														

注意 ・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパンフレット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。

口座振込承諾書

私に支給される特定福祉用具・介護予防特定福祉用具購入費は、下記口座に振り込みされることを承諾します。

被保険者 _____

特定福祉用具・介護予防特定福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行	本店	種 目	口 座 番 号										
	信用金庫	支店		1 普通預金 2 当座預金 3 その他										
	信用組合	支所												
	金融機関コード	店舗コード												
	(フリガナ)													
	口座名義人													