

様式第21号

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		保険者番号		0	6	2	0	7	5
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
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				
福祉用具が 必要な理由									
<p>上山市長 様</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p>									

注意・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付して下さい。
 ・「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、裏面に記載して下さい。
 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下さい。

口座振替 依頼欄	金融機関名	本店・支店名	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								

※健康推進課記入欄
 支給額：本人支払額 円 × 0.9 = 円（小数点以下切捨て）
 購入日現在の介護度：
 本人支払額が支給限度基準額（10万円）を超えているため、9万円を支給する。
 本人負担額： 円 伝票番号：