

様式第8号（第13条、第23条関係）

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり関係書類を添えて、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。

(フリガナ) 被保険者氏名		保 険 者 番 号	掛川市						
		被 保 険 者 番 号							
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	個 人 番 号							
住 所	電 話 番 号								
福 祉 用 具 品 (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									

(注)

- 1 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。
- 2 福祉用具が必要な理由の欄については、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。）

居宅介護（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。

公金受取口座への 支給希望	<input type="checkbox"/> 有（個人番号の欄を記載してください。口座振込依頼欄記載不要） <input type="checkbox"/> 無（口座振込依頼欄を記載してください。個人番号の欄記載不要）									
口座振込 依頼欄	銀 行 本 店 信用金庫 支 店 協同組合 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			
口座名義人 (カタカナで記入)										

市記入欄

購入時の要介護度	支1・支2 1・2・3・4・5	履 歴	購入年月日	年 月 日		
認 定 期 間	～		購 入 額	円		
給 付 制 限	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		残 高	円		
給 付 割 合	割		購 入 種 目	受 付 者		
支 給 対 象 金 額	円					
支 給 金 額	円					