

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費 支給 申請書													償還払い用						
フリガナ						保険者番号					3	0	2	0	4	2			
被保険者氏名						被保険者番号													
生年月日		年 月 日																	
住 所		〒																	
		電話番号																	
購入日		年 月 日																	
福祉用具名 (種目名及び商品名)				製造業者名				販売事業者名				購入金額							
												円							
												円							
												円							
福祉用具が 必要な理由																			
有田市長 様																			
上記のとおり、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。																			
年 月 日																			
住 所																			
申請者 電話番号																			
氏 名																			
注意 ・この申請書、領収証及び福祉用具のパン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。																			
口座振替依頼欄	銀 行 信用金庫 組 合				本店 支店 支所				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 9 その他										
	フリガナ																		
	口座名義人																		
有田市確認欄																			
滞納	有・無	生活保護	有・無	負担割合		実績							介護度						
支給金額	円																	受付	