様式第19号(第16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

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	
		被保険者番号	
生年月日	年　月　日生		
住所	〒 電話番号		

福祉用具の種目 (商品名)	指定販売事業者名※ (製造業者名)	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	

磐田市長

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

氏名　　電話番号

※　指定を受けている事業所で販売される特定福祉用具に限り対象となります。

添付書類　①　領収書

②　福祉用具のパンフレット等

注　意　・「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。

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。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所 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 3　その他	
	フリガナ 口座名義人			

磐田市記入欄

保険料納付状況	サービス提供証明書確認欄	備考
未納保険料　有・無 滞納保険料　有・無		事業所番号