

様式第25号（第26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 | | | | 保険者番号 | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | 被保険者番号 | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | 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 | | | | | | | | |
| （あて先）胎内市長 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 電話番号 氏 名 ㊟ | | | | | | | | |

注意・領収証及び福祉用具のパ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。

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。

| | | | | | | | |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|------|--|--|--|
| 口座 振込 依頼欄 | 銀行・農協 信用金庫 信用組合 | 本店(所) 支店(所) 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 | | | | |
| | フリガナ | | | | | | |
| | 口座名義人 | | | | | | |

※通帳等（口座番号等が確認できる部分）の写しを添付してください。