

**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		2	3	2	0	2	5
	被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日				
住所	岡崎市							
福祉用具種目・商品名		製造事業者名	購入金額		購入日			
			円	令和	年	月	日	
			円	令和	年	月	日	
			円	令和	年	月	日	
当該福祉用具が必要な理由								
要介護度	身体 の 状況等：							
要支援（ ）	目的・効果等：							
要介護（ ）								
記入者	所属・氏名		資格（介護支援専門員・福祉用具専門相談員 ・その他（ ））					
特定福祉用具販売事業者名及び指定事業所番号								
事業者名			番号					
(宛先) 岡崎市長  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。  令和 年 月 日  住所 岡崎市 _____ 申請者  氏名 _____ 電話番号 _____ ※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。								

※ 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ください。  
 ※ 「当該福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記入してください。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・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 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							