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）

（　　年　　月分）

フリガナ		保険者番号	132019
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日		
住所	〒　　－ 電話番号 －　　－		
要介護状態（○で囲む）	要支援１・２・要介護１・２・３・４・５		

福祉用具名（種類名及び商品名）	製造事業者名及び販売事業者名	購入金額（消費税込み）	購入日
①		円	年　月　日
②		円	年　月　日
③		円	年　月　日
合　計		円	

福祉用具が必要な理由（身体状況や困難な動作）	① ② ③

八王子市長　殿

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

年　　月　　日

申請者（被保険者）　住　所

氏　名　　印

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。
※ご本人名義の口座が無く、ご家族の口座を指定する場合は、委任状が必要です。

口座振込依頼欄	銀行 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			

ゆうちょ銀行を指定する場合で振込用口座がわからない方はこちらに記入してください。

ゆうちょ銀行口座番号（記号・番号）	記号	番号
	フリガナ	
	口座名義人	

（注意）・申請書には領収書及び福祉用具のパンフレット等（コピー）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。
・入院中や施設入所中は、申請できません。