

# 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	2 8 2 0 7 9	
被保険者氏名			被保険者番号	0	
生年月日	明	・「購入金額」「合計」「請求額」の修正は不可ですので、誤りがあつた場合は、再度支給申請書（償還払い用）の書類の提出が必要になります。			
住所	〒				
		電話番号 - -			
福祉用具が必要な理由 (スペースが足りない場合は、裏面に記載して下さい。)	居宅介護支援事業所名		「記入日」は、購入日と同日、もしくは購入日より以前の日付を記入して下さい。 (居宅介護支援事業所名は省略可)		
	記入者名		記入日	年 月 日	
福祉用具種目名	商品名	製造事業者名	販売事業者名	購入金額	購入日(領収書の日付)
				円	年 月 日
				円	年 月 日
				円	年 月 日
合計	円		請求額 ( 割)	円	
伊丹市長様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書 年 月 日 申請者 氏 (被保険者) ※本人					
「請求額」欄は、「合計」の請求における割合(9割~7割)及びその金額を記入して下さい。					

注意 ・市介護保険課へ提出する書類一式が揃つた日以降の日付を記入して下さい。  
・「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。  
・振込先口座の確認のため、通帳またはキャッシュカードのコピーを添付してください。

## ◆振込口座依頼欄

カナ											
口座名義人											
<input type="checkbox"/>	銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所	1:普通 2:当座	口座 番号							
<input type="checkbox"/>	ゆうちょ銀行	(記号) 支店番号	1	0							1

(兵庫県伊丹市)

