

様式第17号(第15条関係)

介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入事前審査依頼書兼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		4	5	2	0	6	0
	被保険者番号							
生年月日	明・大 昭	年	月	日	個人番号			
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	令和	年	月	日		
		円	令和	年	月	日		
		円	令和	年	月	日		
福祉用具が 必要な理由								
日向市長様								
上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)福祉用具購入費の事前審査を依頼するとともに、福祉用具購入費の支給を申請します。								
令和 年 月 日								
住所 電話番号 ()								
申請者(被保険者)								
氏名(※)								
(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。								

注意 ・この申請書と併せて見積書及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。
 ・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

居宅介護(支援)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本 店 支	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							

事業所名
担当者名