

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

(記入者) 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 (_____) _____
 被保険者との関係 _____

年 月 日

(宛 先) 旭 川 市 長

次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。

被保険者番号		生年月日	明・大・昭	年	月	日
フリガナ						
被保険者(申請者)氏名						
住 所	〒		電話 ()			
福祉用具が必要な理由						
福祉用具名		製造事業者名	販売事業者名	購入金額	購入日	
種 目 名	商 品 名			円	年 月 日	
				円	年 月 日	
				円	年 月 日	
				円	年 月 日	
				円	年 月 日	
購入金額合計		円				
決定金額		円	決定日			
振込口座 ※振込口座は必ず被保険者本人の口座をご記入ください	フリガナ					
	口座名義人(被保険者本人)				口座番号(右づめでご記入ください)	
	銀行 信用金庫 信用組合 農 協		本店 支店 本所 支所			
金融機関コード		店舗コード		種類	1 普通 2 当座 3 その他()	

旭川市記入欄

要介護状態区分	要支援 ()	要介護 ()	認定有効期間	年 月 日 ~	年 月 日
備考					
給付制限 あり/なし					

* 添付書類 : 領収証, 購入した福祉用具のカタログ又はパンフレット(コピー)
 * 「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。欄内に記載できない場合は、裏面に記載してください。

福祉用具が必要な理由

(表面に記載しきれない分は、こちらに記載してください。)