

申請のとおり支給してほしいか					
課長	課長補佐	主管係長	係長	合議	係

算出基礎		
費用額	支給決定額	利用者負担額
円	円	円

介護保険居宅（介護支援）福祉用具購入費支給申請書

下田市長様

次のとおり申請します。

申請日	年 月 日
-----	-------

被 保 険 者	被保険者番号			
	フリガナ	生年月日	年 月 日	
	被保険者氏名	性別	男 ・ 女	
	住所	〒		
		電話番号		
福祉用具を必要とする理由				
福祉用具名 (種目及び商品名)		製造事業者名及び販売事業者名	購入金額	購入日
			円	年 月 日
			円	年 月 日

申 請 者	氏名	被保険者との関係
	住所	〒
電話番号		

振 込 口 座	金融機関名	金融機関コード	口座番号	
	支店名	支店コード		
	フリガナ			口座種別 1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他
	口座名義人			

- (注)
- この申請書に領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。
 - 「福祉用具を必要とする理由」については、個々の福祉用具ごとに記載してください。記入欄内への記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

請求書	
請求金額	円
上記金額を請求します。 年 月 日	
静岡県下田市長様	住所
	氏名
	印

領収書(口座振込の方は不要)	
一金	円
上記金額を領収しました。 年 月 日	
静岡県下田市長様	住所
	氏名
	印