

様式第18号

(償還払い用)

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			被保険者番号									
被保険者氏名			0	0	0	0	0					
			要介護状態区分		要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5					
生年月日	年 月 日生		認定有効期間		年 月 日		年 月 日					
性別	男 ・ 女		年 月 日		年 月 日							
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		年 月 日							
			円		年 月 日							
			円		年 月 日							
購入金額合計	円		介護保険支給額		円							
今年度既申請額 (購入金額)	円		申請者負担額		円							
福祉用具が 必要な理由											福祉用具専門 相談員氏名	
羽曳野市長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。  年 月 日  住所  申請者(被保険者) 氏名 電話番号												

- 必要書面 ①購入された特定福祉用具のパンフレット（定価がわかるもの）  
 ②領収証（原本）  
 ③請求書（羽曳野市所定用紙）

居宅介護（予防）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 農協 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(本人) 口座名義人							