

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 被保険者氏名		保険者番号		2	7	2	1	3	8
		被保険者番号	0	0	0	0			
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生	性 別	男 ・ 女						
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	販売事業者名	購 入 金 額 購 入 日						
(種目)									円
			年 月 日						
(種目)									円
			年 月 日						
(種目)									円
			年 月 日						
泉佐野市長 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 電話番号 (被保険者) 氏名									

居宅介護（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 込 依 頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	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 口座名義人								

注意
※1 この申請書に、必要書類を添付してご提出ください。
※2 太枠内は、誤りや漏れがないように全ての項目を記載してください。

《 保険者使用欄 》		
口座登録	有 ・ 無	受付者
給付制限	無 ・ 有	
介 護 度		
負担割合	割	
年度内実績	無 ・ 円	