

第14号様式（第15条関係）

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		受領委任払
--	-----	--	-------

※該当する方にレ印を記入してください。

フリガナ		保険者番号					
被保険者氏名		被保険者番号					
生年月日	年 月 日	性別	男・女				
住所	〒						電話番号
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				
		円	年 月 日				
鹿屋市長 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 申請者 住所 氏名 ※自署以外は押印が必要です。							

注 この申請書に、利用者から同意を得た「福祉用具サービス計画書」の写し、領収書、福祉用具のパフレット等を添付してください。
(事前承認時に提出済のものは添付不要です。)

承認番号	承認年月日
------	-------

口座振替 依頼欄	金融機関名	支店等名	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			

(市記入欄)

要介護状態区分	要介護度 ()	※給付決定額
認定有効期間	. . ~ . .	
保険料納付状況	滞納保険料 (有・無) / 未納保険料 (有・無)	
同年度既購入実績	(有・無) ※購入額/給付額 円/ 円※購入種目	