

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保険者番号	1 4 2 1 5 8	
被保険者氏名			被保険者番号		
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別
	男・女				
住所	〒 2 4 3 - 0 4		海老名市		
	電話番号				
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 販売事業者名	購入金額		購入日	
種目名	製造	円		年 月 日	
商品名	販売				
種目名	製造	円		年 月 日	
商品名	販売				
種目名	製造	円		年 月 日	
商品名	販売				
福祉用具が 必要な理由					
海老名市長 殿 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 住所 海老名市 申請者 氏名 (自署) 電話番号					

居宅介護（予防）福祉用具購入費を下記口座に振り込んでください。

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	口座種目	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					続柄	
	口座名義人						

○この申請書とともに、領収証、福祉用具のパフレットの写し及び福祉用具サービス計画書の写しを添付してください。
 ○「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。欄内に記載が困難な場合は、別紙に記載してください。

以下は記入しないでください。

海老名市記入欄	支1・支2・1・2・3・4・5	備考	□支給 □不支給
	□添付文書 □給付率 /100 □送付先 有・無 □1号・2号 □管理期間内限度残額 (有 円・無)		
	申請対象額 円	入力	受付No
	保険給付分 円	／	
自己負担分 円	支給決定額	円	
限度額残 円			