

フリガナ						保険者番号	4	3	2	1	5	3
被保険者氏名						被保険者番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女						
住所	〒					利用者負担割合						
	電話番号					1割・2割・3割						
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	令和	年	月	日			
					円	令和	年	月	日			
					円	令和	年	月	日			
福祉用具が 必要な理由												
<p>天草市長 様</p> <p>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。 なお、受領を下記の者に委任します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名 印</p> <p>住所</p> <p>受任者 電話番号</p> <p>氏名 印</p>												
口座振替 依頼書	銀行 金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所 支所	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									
	ゆうちょ銀行		-									
フリガナ												
口座名義人												

注意 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下さい。

「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、別紙に記載して下さい。

市記入欄

区分	保険料納付 状況	費用額	利用者負担額		決定支給額	受付
1 一般 2 支払方法 の変更 3 給付額 減額	未納保険料 有・無					
	滞納保険料 有・無	領収証確認	パンフレット等確認	福祉用具サービ ス計画書確認	台帳確認	

負担割合	1割・2割・3割	要介護	・要支援	～
------	----------	-----	------	---