茅ヶ崎市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

※太枠内のみ記入してください。

整理番号										

年　　月　　日

（あて先）茅ヶ崎市長

申請者（被保険者）　氏名　　印

次のとおり、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。

被保険者	被保険者番号	*	*	0	0	0								保険者番号	1	4	2	0	7	5			
	個人番号													生年月日	大・昭　　年　　月　　日								
	フリガナ																						
	氏名																						
	住所	〒253－ 茅ヶ崎市 電話番号　　－　　－																					

購入日	年　　月　　日	年　　月　　日
福祉用具の種類		
商品名		
製造事業者		
販売事業者		
指定事業所番号		
購入金額		
福祉用具が必要な理由	年　　月　　日現在	年　　月　　日現在
使用状況確認日	年　　月　　日	年　　月　　日

理由欄記載者	事業所名			
	氏　　名		連絡先	－　　－

※市役所確認欄

要介護認定	申請中（新規　・　区変　・　更新） 要支援　１　２　　要介護　１　２　３　４　５ 年　　月　　日　～　　年　　月　　日							□生保受給 受　付　欄
給付対象額						円	支給実績等	
支給額						円	□あり　□なし	
自己負担額（　　割）						円		