

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		性別	男 女
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	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)	□生保受給
	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 年 月 日 ~ 年 月 日	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	

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