様式第１２号

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書兼請求書

（償還払い用）

被保険者番号		個人番号	
フリガナ		要支援状態区分	１　２
被保険者氏名		要介護状態区分	１　２　３　４　５
生年月日	年　月　日		
住　所	電話番号　（　）		

特定（介護予防）福祉用具の種目及び商品名	製造事業者名	購入金額（請求金額）	購入日
		円 （　円）	年　月　日
		円 （　円）	年　月　日

特定（介護予防）福祉用具が必要な理由	
居宅介護支援（予防）事業所名・番号	
特定（介護予防）福祉用具販売事業所・番号	

摂津市長　様

上記のとおり、関係書類を添えて介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請し、請求します。

年　月　日

申請者　住所
（被保険者本人）　電話番号　（　）
氏名

注意：この申請書に領収書及び特定福祉用具種目のコピー等を添付してください。
「特定（介護予防）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。

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。

口座振替依頼欄	銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所	口座種別 １　普通 ２　当座	口座番号
	口座名義人（被保険者本人）	フリガナ		
		氏　名		

注意：被保険者と口座名義人が異なる場合は、委任状を添付してください。

※以下市役所使用欄

金融機関コード	店舗コード	