

別記第18号様式（第12条第1項関係）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

（あて先）函館市長

申請者は被保険者
本人です。

令和〇〇年〇月〇〇日

住所 函館市〇〇町〇番〇号

申請者 氏名 介護 一郎 印

電話 〇〇 局 〇〇〇〇 番

次のとおり居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。

被保険者氏名	介護 一郎	保 険 者 番 号		0	1	2	0	2	1
		被保険者番号		0	0	0	0	0	0
生 年 月 日	明 (大) 昭10年 1月 1日生	性 別	(男) ・ 女	介護度		要介護 3			
住 所	〒〇〇〇—〇〇〇〇 函館市〇〇町〇番〇号			負担割合		1割			
	電話 〇〇局 〇〇〇〇 番								
福祉用具名 (種目名および商品名)		製造事業者名および 販売事業者名		購 入 金 額		購 入 日			
入浴補助用具：〇〇製【商品名】		株式会社▲▲▲ 福祉用具貸与事業所☆☆		50,000円		令和3年3月1日			
				円		年 月 日			
				円		年 月 日			
福祉用具が必要な理由	【被保険者の身体状況や福祉用具を使用することによる効果等について記載してください。】								

注意・この申請書に、領収証および福祉用具のパフレット等を添えてください

・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに
困難な場合は、裏面に記載してください。

被保険者名義の銀行口座のみ振
込できます。

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の方法で支給し

口座振込を希望	銀行 函館 信用金庫 信用組合		本店 東雲 支店 出張所		種 目		座 番 号						
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金		1	1	1	1	1	1	1
	△ △ △ △		□ □ □		2 当座預金								
1	フリガナ 口座名義人		カイゴ イチロウ 介護 一郎										
窓口で受取を希望	2 市役所会計部	3 亀田支所	4 銭亀沢支所	5 湯川支所									
	6 戸井支所	7 恵山支所	8 榎法華支所	9 南茅部支所									

函館市記入欄

負担割合	購入金額	前回支給額	支給決定額	備 考
	円	円	円	