

様式第 1 号（第 9 条関係）

介護保険暫定サービス利用者負担助成金（福祉用具購入） 申請書

フリガナ			被保険者番号											
被保険者氏名			生年月日	年			月			日生				
住 所														
暫定サービス利用上の要介護状態区分	要介護（ ） ・ 要支援（ ）		要介護認定申請日	年			月			日				
暫定利用期間	年 月 日 年 月 日		死亡年月日	年			月			日				
福祉用具名 (種目名及び商品名)		製造事業者名		購入金額 ※商品自体の販売価格を記入願います		購 入 日								
				円		年 月								
				円		年 月								
				円		年 月								
販売事業者名			事業所番号											
福祉用具が必要な理由														
和泉市長あて 上記のとおり関係書類を添えて、介護保険暫定サービス費（福祉用具購入）の支給を申請します。 介護保険暫定サービス費（福祉用具購入）を下記の口座に振り込んでください。 年 月 ※相続人の場合は、相続人選任届もご提出ください。 申請者 電話番号 - ※申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。 住所														

- 「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、裏面に記載して下さい。
- 指定特定福祉用具販売事業者で購入された場合のみ支給対象となります。

振込 口座 記入欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		預金種目 1 普通 2 当座 3 その他	口座番号				フリガナ	
	金融機関コード		店舗コード							口座 名義人	

市記入欄							
要介護状態区分		負担割合		支給限度額内給付済額		支給額	
要支援（ ）・要介護（ ）		割		無 ・ 有（給付残額 円）		円	