

生活保護受給者用

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

要支援・要介護（ ）（ 年 月分）

フリガナ		保険者番号	232199		
被保険者氏名		被保険者番号			
		個人番号			
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女		
住 所	〒 電話番号				
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日		
		円			
		円			
		円			
		円			
		円			
福祉用具が必 要な理由					
上記のとおり、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。 年 月 日 (宛先) 小牧市長 申請者 住 所 氏 名 電話番号					
本申請に基づき支給される居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を、生活保護法第63条に基づく返還金として小牧市名義の口座に振込することに同意します。 氏名(署名) (被保険者)					

※ 添付書類 領収証、福祉用具のパフレット等概要書（排泄予測支援機器の購入者は、医学的な所見が確認できる書類も併せて添付してください。)