

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号 0 1 4 8 1 1		
	被保険者番号		
	個人番号		
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女
住所	〒 — 電話番号（ ） —		
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日
		円	平成 年 月 日
		円	平成 年 月 日
		円	平成 年 月 日
福祉用具が 必要な理由	増毛町長様 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。 平成 年 月 日 住所 〒 — 電話番号（ ） — 申請者 氏名 印 被保険者との関係		
【申請等が本人以外の場合】 この支給申請に係る支給費請求及び受領について、次の受任者に委任します。 平成 年 月 日 委任者（被保険者） _____ 印 受任者 住所 _____ 印 氏名 _____			

注意 ・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
 ・「福祉用具が必要な理由」については、個別の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

居宅介護（支援）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
	フリガナ	_____		
	口座名義人	_____		