

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		年 月 日						
				円		年 月 日						
				円		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。 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。 年 月 日 委任者（被保険者） _____ 印 受任者 住 所 氏 名 _____ 印												

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												

