

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			保険者番号			3	9	3	8	6	8
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)	製造事業者名 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											
いの町長 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 申請者 電話番号 氏名											

- 注意 1. この申請書に次の書類等を添付してください。
 (1) 領収書(原本を添付してください。確認後、支給(不支給)決定通知と一緒にお返します。
 ※ 領収書に品名又は品番等購入した福祉用具が特定できる記載が必要です。
 (2) 福祉用具のパンフレット等(写し可)
 2. 福祉用具が必要な理由
 (1) 個々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別添可)

居宅介護(介護予防)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	本店(所)	種目	口座番号
	金庫	支店(所)		
	組合	出張所	1.普通預金	
	金融機関コード	店舗コード	2.当座預金	
			3.その他	
	フリガナ			
	口座名義人			