

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

( 年 月分)

フリガナ						保険者番号	2	3	4	4	1	9												
被保険者氏名						被保険者番号																		
						個人番号																		
生年月日	年	月	日	性	別	男 ・ 女																		
要介護度	要支援 ( 1 ・ 2 ) 、 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )																							
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日																							
住所	〒																							
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						合計 ( 円 )																		
受領方法	受領委任払い ・ 償還払い					販売事業所番号	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																	
阿久比町長 殿 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護(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 (被保険者) 氏名 (印) 電話番号 ( )																								

注意 ・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。  
 ・「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。

居宅介護(予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。 ※受領委任払いを選択の場合、記入の必要はありません。

口座振込 依頼欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 支所	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											