

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			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																				
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)																	
			販売事業所番号																	
受領方法	受領委任払い ・ 償還払い		<table border="1"> <tr> <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。

住所
申請者
(被保険者)
氏名 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									