

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							
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 []

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

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ください。
・「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ください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記してください。

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ください。 ※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			