

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		性別	保険者番号	3 0 3 0 4 0
被保険者氏名		男・女	被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	個人番号		
住所	〒 電話番号 ()			
福祉用具名 (種目別名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入年月日 (領収証記載日)	
	(製) (販)	円	平成 年 月 日	
	(製) (販)	円	平成 年 月 日	
	(製) (販)	円	平成 年 月 日	
福祉用具が必要な理由	福祉用具支給申請に係る理由書に記載のとおり			
<p>紀美野町長 様</p> <p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>氏名 電話番号 ()</p> <p style="text-align: center;">Ⓜ</p>				

- 注意
- ・この申請書に、領収証及び福祉用具のパンフレット、理由書を添付して下さい。
 - ・「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。
 - ・福祉用具販売事業者指定を受けている事業者で購入しなければ介護保険対象となりません。
 - ・申請者と口座名義人は同一人にしてください。

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下さい。

口座振込 依頼欄	銀行 協 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			