

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			被保険者番号															
被保険者氏名			個人番号															
生 年 月 日	明・大・昭		年	月	日	生												
要 介 護 度	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5																	
住 所	〒 一 世羅郡世羅町大字 番地 電話番号 (0847) 一																	
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額		購入日														
		円		年 月 日														
		円		年 月 日														
		円		年 月 日														
福祉用具が 必要な理由																		
介護支援専門員等氏名																		
世羅町長 様																		
上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)福祉用具購入費の支給を申請します。																		
年 月 日																		
住所 世羅郡世羅町大字																		
申請者 氏名 電話番号 (0847) 一																		

注意・この申請書の裏面に、領収書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、裏面に記載してください。

上記、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。
 ※受領委任を希望された場合は口座振込依頼欄は不要です。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 支所 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							

・申請者(被保険者)と口座名義人が異なる場合は、委任状を添付してください。