

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		保険者番号		3	0	4	2	8	7
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住 所	〒 ー 電話番号								
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									
<p>串本町長 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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 Ⓜ 電話番号</p>									

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(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 信用金庫 信用組合 農 協	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									

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	クシモト タロウ		保険者番号	3 0 4 2 8 7							
被保険者氏名	串本 太郎		被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0
			個人番号								
生年月日	明・大・昭 19年 8 月 1 日生		性別	男 ・ 女							
住 所	〒 649 - 3503 串本町串本1800		電話番号	62-0562							
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							
腰掛便座 〇〇ポータブルトイレ	〇〇商事 株式会社 有限会社 △△福祉用具		円 25,000	令和 元 年 5 月 5 日							
			円	年 月 日							
			円	年 月 日							
福祉用具が 必要な理由	下肢筋力の低下によりトイレまでの移動が困難なため										
<p>串本町長 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>令和 元 年 5 月 5 日</p> <p>住所 串本町串本1800</p> <p>申請者 氏名 串本 太郎 ⑧ 電話番号 62-0562</p>											

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(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 信用金庫 信用組合 農 協		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								
	1	2	3	4	5	6	7	2 当座預金								
	フリガナ				クシモト タロウ							3 その他				
口座名義人				串本 太郎												