

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										
住 所	〒		—		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
			個人番号							
生年月日	明・大・昭 △△ 年△△月△△日生									
住 所	〒 649 — 3592		電話番号		62-0562					
		串本町サンゴ台690番地5								
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 〇〇ポータルトイ シ	□□商事株式会社 有限会社△△福祉用具	〇〇, 〇〇〇 円	△ 年 △ 月 △ 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 style="text-align: center;">△ 年 △ 月 △ 日</p> <p>申請者 住所 串本町サンゴ台690番地5</p> <p>氏名 串本 太郎 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	△△△	△△△	種 目	口座番号						
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金							
	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇	2 当座預金	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
	フリガナ	クシモト タロウ								
	口座名義人 串本 太郎									

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												
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>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 電話番号</p>													

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。

※介護保険における償還払いに係わる受領につきましては、和歌山県に委任致します。

本人署名

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	0
			個人番号									
生年月日	明・大・昭 △△年△△月△△日生											
住所	〒 649 - 3592 串本町サンゴ台690番地5						電話番号 0735-62-0562					
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 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		〇〇, 〇〇〇円			△ 年 △ 月 △ 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>△ 年 △ 月 △ 日</p> <p>住所 串本町サンゴ台690番地5</p> <p>申請者 氏名 串本 太郎 電話番号 0735-62-0562</p>												

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。

※介護保険における償還払いに係わる受領につきましては、和歌山県に委任致します。

本人署名 串本 太郎