

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						
被保険者氏名						被保険者番号						
						個人番号						
生年月日	年 月 日生											
住所	〒 吉岡町大字											
	電話番号 ()											
要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援状態区分	1	2				
福祉用具名			製造事業者名及び 販売事業者名			購入金額	購入日					
種目名						円	年 月 日					
商品名						円	年 月 日					
種目名						円	年 月 日					
商品名						円	年 月 日					
種目名						円	年 月 日					
商品名						円	年 月 日					
福祉用具が 必要な理由												
<p>吉岡町長 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 電話番号 ()</p> <p>氏名</p>												

注意・この申請書の提出の際に、領収書、販売事業者から交付された証明書、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・農協 信用金庫 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					
	フリガナ		2当座預金					
	口座名義人		3その他					

※口座は原則として被保険者本人名義のものをご記入ください。

振込先口座が被保険者ご本人の名義と異なる場合は、委任状が必要です。