

介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保険者番号		0	8	5	6	4	7
被保険者氏名			被保険者番号		0	0	0	0		
			個人番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別		男・女			
住所	〒 利根町 電話番号 ()									
福祉用具名 (商品名及び型番)	①製造事業者名 ②販売事業者名		購入金額		購入日					
	①		円		年 月 日					
	②									
	①		円		年 月 日					
	②									
	①		円		年 月 日					
	②									
福祉用具が必要な理由										
利根町長様 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 申請者 氏名										
電話番号 (常時連絡がとれる方) 印 ()										

注意・この申請書の他に、領収証の写し及び福祉用具のパ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。

居宅介護(支援)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄		銀行 信用金庫 農協	金融機関コード				種目	1 普通預金 2 当座預金			
		本店 支店 出張所	店舗コード					口座番号			
		フリガナ									
		口座名義人									

※町処理欄

							受付番号	受付印			
介護度	要支援	要介護	本人負担額	保険者負担額	投入日	受付簿	被保険者 1号 2号				
	1・2	1・2・3・4・5									
有効期間			課長	課長補佐	係長	係					
. . . ~ . . .											