

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	2	2	3	0	2	4
被保険者氏名			被保険者番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女			
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									
河津町長 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 電話番号 氏名 印									

注意・この申請書裏面に、領収証及び福祉用具のパ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。
- ・福祉用具サービス計画書(利用計画)、定価の分かるカタログのコピーを添付してください。

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 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			

やむをえない事情により、口座名義人が被保険者本人でない場合は、被保険者との関係 ()