

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 被保険者氏名			保 険 者 番 号			1	9	3	6	5	6
			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	〒										
認 定 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		介護状態区分			負担割合	割				
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 (領収の日)		
						円			令和 年 月 日		
						円			令和 年 月 日		
						円			令和 年 月 日		
福 祉 用 具 が 必 要 な 理 由											
身延町長 様 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を申請します。 令和 年 月 日 住 所 申請者 電話番号 氏 名 ⑩											

注意 ・この申請書の裏面に、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。

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 出張所	種目	口座番号	
				1 普通預金 2 当座預金 3 その他		
	金融機関コード		店舗コード			
	フリガナ 口座名義					

※口座名義人が本人と違う場合は記入願います。

上記の福祉用具購入費の受領権を口座名義人に委任します。	
委任者 (被保険者)	住所 氏名 ⑩
受任者 (口座名義人)	住所 氏名 続柄