

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

(平成 年 月分)

フリガナ			保険者番号	2 8 3 8 1 2			
被保険者氏名			被保険者番号				
住 所	〒 一 稲美町		電話	()			
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	1号・2号	性別	男・女
購入内容	福祉用具名 商 品 名	種 目 コ ー ド	製造事業者名 販売事業者名	購入金額		購 入 日	
				円		平成 年 月 日	
				円		平成 年 月 日	
	福祉用具種目コード	1. 腰掛け便座 2. 特殊尿器 3. 入浴補助用具 4. 簡易浴槽 5. 移動用リフトのつり具の部分 6. その他					
福祉用具が 必要な理由							
該当に○印	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
<p>稲美町長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>また、当該申請に基づく居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請及び給付金の受領に関する権限を 下欄の受取人に委任します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申 請 者 住所 稲美町 (被保険者) 氏名 印 電話 ()</p> <p>受取人 住所 電話 () 氏名 印</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、被保険者証のコピー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入してください。欄内に記載が困難な場合は、この用紙を追加してください。

居宅介護(予防)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	農 協 銀 行 信用金庫 信用組合	本店 支店	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			
支給決定金額	※ ¥			

※ 町記入欄：何も記入しないでください。