

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 | | 0 | 9 | 3 | 8 | 6 | 4 |
| 被保険者氏名 | | 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 | 〒329-12 高根沢町 電話番号 | | | | | | | | |
| 福祉用具名 (種目名及び商品名) | 製造事業者及び販売事業者名 | 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 | | | | | | | | | |
| 高根沢町長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 令和 年 月 日 申請者 住所 氏名 印 電話番号 | | | | | | | | | |

注意・この申請書の裏面に、領収書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。

| | | | | | | | | | | | |
|-------------|--------------------------|--|--|-------------------------|--|--|--------|------|--|--|--|
| 口座振替 依頼欄 | 銀行 信用金庫 信用組合 農協 | | | 本店 支店 出張所 本・支所 | | | 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 | | | | | | | | | | | |