

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															
被保険者氏名			被保険者番号															
			個人番号															
生年月日	年	月	日															
住 所	郵便番号																	
	電話番号																	
要介護状態区分	要支援								要介護									
	1 ・ 2								1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5									
福祉用具名(種目名及び商品名)	製造事業者名		購入金額			購入日												
			円			年 月 日												
			円			年 月 日												
			円			年 月 日												
指定特定福祉用具販売事業所	事業所名																	
	事業所番号																	
福祉用具が必要な理由																		
<p>島田市長</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 電話番号</p> <p>申請者 氏名</p>																		

- (注) 1 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等を添付してください。
- 2 「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。なお、居宅サービス計画に特定福祉用具販売が位置づけられている場合には、福祉用具が必要な理由が記載された当該計画書でもかまいません。

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ください。

公金受取口座への支給希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(無の場合は、以下の欄に記入)																	
口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合		本店 支店 出張所		種 別			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																	

(注) 口座名義人が被保険者と異なる場合は、委任状を添付してください。