

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。