

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書

用具

フリガナ		保険者番号					2	4	4	7	0	7
被保険者氏名		被保険者番号										
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女									
住所	〒516- 度会町 電話番号 ()											
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									
		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												
度会町長様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）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 電話番号 () 氏名 印												

注意

- ・この申請書の裏面に(1)領収書(2)福祉用具のパン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、裏面に記載してください。
- ・スロープの複数購入には取り付け場所記載の図面を添付して下さい。

居宅介護（支援）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	口座名義人	住所	〒 - 電話番号 ()											
		フリガナ												
		氏名												
	金融機関名	店名	種別	口座番号(右づめ)										
	銀行	本店	1 普通											
	農協	支店	2 当座											
	信用金庫	出張所	3 納税											
	ゆうちょ銀行	種目コード	通帳記号	通帳番号(右づめ)										
		166 利用	1	0	の									
		176 廃止												

※振込指定口座の名義人が被保険者以外の場合は、委任状に記入・捺印が必要です。

委任状	居宅介護（支援）福祉用具購入費の受領に関する一切の権限を下記の者に委任します											
	委任者（被保険者）											印
	受任者（口座名義人）											印