

フリガナ 被保険者氏名		保 険 者 番 号		0 1 4 6 5 4		被保険者番号		0 0 0 0 0													
生 年 月 日		明・大・昭 年 月 日生		性 別		男 ・ 女															
住 所		〒 剣淵町																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									
①								円				平成		年		月		日			
②								円				平成		年		月		日			
③								円				平成		年		月		日			
福祉用具が 必要な理由																					
剣 淵 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。																					
平成 年 月 日																					
住所 剣淵町																					
申請者(本人)																					
氏名印 電話番号																					
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。																					
口座振替 依 頼 欄		金融機関名		銀行 信用金庫 農協		本店 支店 支所		預金種別		普通・当座・その他											
								口座番号													
		口 座 名 義		(フリガナ)																	

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。

支給限度基準額	限度額管理期間内における購入状況	保険給付該当有無	購入金額の合計	保険給付額	備 考
	①	有・無			支・１・２・３・４・５
	②	有・無			
	③	有・無			