

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	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女			
住所	〒								
			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	年	月	日		
②				円	年	月	日		
③				円	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 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。									

※町記入欄

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			