

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	084426						
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	日生	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					
			円		令和	年	月	日		
			円		令和	年	月	日		
			円		令和	年	月	日		
販売事業者指定登録事業所番号										
福祉用具が 必要な理由										
美浦村長 様 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。 令和 年 月 日 住所 被保険者との関係 () 申請者 氏名 電話番号 () 委任 上記申請者に、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給申請を委任します。 被保険者氏名										

- ※注意・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。
- ・特定福祉用具販売指定事業者以外からの購入は対象となりません。
 - ・「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、裏面等に記載してください。
 - ・被保険者と申請者が異なる場合は、被保険者との関係を記載してください。振込口座の名義者は、被保険者または申請者となります。

※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。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	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									

※保険者記入欄 (記入しないでください)

認定状態	介護度/期間	年度内既支給額	今回支給額/自己負担額	受付者	決定者
決定済・申請中		円	円/ 円		