

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						2	9	3	6	3	9
被保険者氏名			被保険者番号											
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		性別	男 ・ 女										
住 所	〒 奈良県磯城郡田原本町 電話番号													
要介護認定の結果等	認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日												
	要介護状態区分	要支援 (1 ・ 2) / 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)												
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名および 販売事業者名		購入金額(消費税を含む)		購 入 日									
福 祉 用 具 が 必 要 な 理 由														
①			円		年 月 日									
(理由)														
②			円		年 月 日									
(理由)														
③			円		年 月 日									
(理由)														

田原本町長様

私は、上記販売事業者の福祉用具専門相談員等から福祉用具購入計画についての説明を受け、同意をいたしましたので、関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請します。
併せて、福祉用具購入費は下記の口座に振り込みを依頼します。

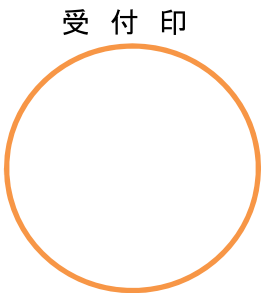
年 月 日

申 請 者 住所
(被保険者)
氏名 印 電話番号() -

(添付書類)・領収書 ・福祉用具のパンフレット等のコピー
(注意)福祉用具は必要な理由については、福祉用具購入計画の選定理由と同じ内容を記載してください。

福祉用具購入先の事業所番号														
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

口座振替	金融機関名	銀行 金庫 農協	支店名	支店										
	貯金種類	普通 ・ 当座	口座番号											
依頼欄	フリガナ													
	口座名義人													



(注意) 口座振り込みは、被保険者本人または申請者の口座をご記入ください。