

## 介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ		保険者番号		3	6	4	0	2	6
被保険者氏名		被保険者番号	4	0	2	0	0		
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 (種目及び商品名)	製造事業者名及び販売事業者名 (事業者番号)	購入金額	購入日
		円	平成 年 月 日
		円	平成 年 月 日
		円	平成 年 月 日

福祉用具が 必要な理由									
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

北島町長 宛

上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。

平成 年 月 日

申請者 住所

氏名 Ⓜ 電話番号

- ※注意 ・この申請書の裏面に、福祉用具販売が位置付けてある居宅介護・介護予防サービス計画（ケアプラン）の写し及び福祉用具サービス計画書、また領収証及び福祉用具のパ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ください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。
  - ・必ず特定（介護予防）福祉用具販売の事業者番号をご記入下さい。

居宅介護（予防）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	銀行・農協 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			

