

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	254425
被保険者氏名		被保険者番号	
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 (種目名および商品名)	製造事業者名および 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			
<p>甲良町長 様 居宅介護支援事業所</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>			

※添付書類 領収書、福祉用具のパンフレット等、居宅介護(予防)サービス計画書

※「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。

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 農協 金庫	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			

※添付書類 通帳の写し(見開きの金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人の分かるページ)

添付書類を提出されず、申請書の記載内容に不備等があり振込不納となった場合は、それに伴い発生する手数料等を申請者が負担することとします。