

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	1	1	3	4	3	1
被保険者氏名			被保険者番号						
生年月日	年 月 日生		性別	男 ・ 女					
住所	〒 電話番号								
番号	特定福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	販売事業者名 (指定事業者番号)	購入金額			購入日		
①			()	円			令和 年	月	日
②			()	円			令和 年	月	日
③			()	円			令和 年	月	日
①	専門的知識を有する者	職 種		氏 名					
	福祉用具が必要な理由								
②	専門的知識を有する者	職 種		氏 名					
	福祉用具が必要な理由								
③	専門的知識を有する者	職 種		氏 名					
	福祉用具が必要な理由								
小川町長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)特定福祉用具購入費の支給を申請します。 令和 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 印									

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(概要を記載した書面)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。

居宅介護(介護予防)特定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 振替 依頼 欄	銀行・信用金庫・農協		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									

委任状

私は、私の介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費についての請求・受領を下記の者に委任します。

記

(受任者／請求者) 住 所 _____

氏 名 _____

令和 年 年 日

(委任者／被保険者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____