

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															
被保険者氏名				被保険者番号															
				個人番号															
生年月日				要介護度等															
認定有効期間	～																		
住所																		電話番号	
福祉用具名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売 事業者指定番号	製造事業者名及び 販売事業者名			購入金額				購入日										
()					円				年 月 日										
()					円				年 月 日										
()					円				年 月 日										
福祉用具が 必要な理由																			
矢巾町長 様 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 〒 住所 申請者 氏名 電話番号 被保険者との関係 個人番号																			
代理申請を行う 事業所情報	事業所名称																		

※この申請書にケアプランまたは福祉用具購入の計画書、領収証（原本）、福祉用具のパフレット等を添付してください。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座																			
口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協 ()			本店 支店 ()			種 目				口 座 番 号								
	金融機関コード			店舗番号			1 普通 2 当座預金 3 その他 ()												
	ゆうちょ銀行			記号				番 号											
	フリガナ																		
	口座名義人																		