

介護保険福祉用具購入費等支給申請書

フリガナ 被保険者氏名	-----		保険者番号						
			被保険者番号						
			個人番号						
生年月日	明・大・昭 年 月 日生			性別	男・女				
住所	〒 電話番号								
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	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				購入履歴	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目以降				
浜中町長 様 関係書類を添えて居宅介護（支援）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 印 電話番号									
[受領委任] 私は福祉用具購入費の受領を下記の者に委任します。 受任者 住所 (事業者) 名称 電話番号 代表者名									

注意・この申請書に、領収証及び福祉用具のパン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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

居宅介護（支援）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。※受領委任の場合は記載不要

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫		本店 支店		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		-----								

町記入欄

購入金額計	被保険者負担額	支給決定額	備考
円	円	円	