

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 被保険者氏名	保険者番号					
	被保険者番号					
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女
住所	〒					電話番号
要介護状態区分	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5			
福祉用具名 (種目名及び商品名)	指定介護(予防)福祉 用具販売事業者名及び 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	<input type="checkbox"/> 居宅介護(予防)サービス計画書		<input type="checkbox"/> 福祉用具購入が必要な理由書			
南部箕蚊屋広域連合長 坂本 昭文 様  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  住所 申請者 氏名 電話番号 印						

注意・この申請書の裏面に、指定事業所の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下さい。
- ・理由書は、サービス計画書又は理由書のいずれかを添付して下さい。

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 金組	行 庫 合	店 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				