

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		
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 特定販売事業者名	購入金額 (消費税含む)	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及び現在の被保険者の状況					
口座振込 依頼欄 (算定された支給額を右記の口座に振り込んでください)	金融機関名	店名	種目	口座番号	
	銀行・農協 信用金庫 信漁連	本店(所) 支店(所) 出張所	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他		
	金融機関名	通帳記号		通帳番号(右づめで記入)	
	ゆうちょ銀行	1	0		
	フリガナ				
	口座名義人				
<p>新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 様</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>年 月 日</p> <p>住所 電話番号 -</p> <p>申請者氏名 印 続柄 ()</p>					

- 注意
- ・太枠線の中をご記入ください。
 - ・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えて提出してください。
 - ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具毎に記載してください。
 - ・口座名義人が被保険者本人と異なる場合は、委任状を添付してください。

保険者記入欄

整理番号()

支給額	円		支給決定年月日	年 月 日	
			口座振込予定日	年 月 日 予定	
認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日		要介護度	要支援()・要介護()	
居宅介護（介護予防） 支援事業者名			福祉用具上限額	100,000 円	
(前回分までの) 購入品目			前回分までの 購入額	円	
			今回購入額	円	
事務局長	総務課長	審査	要件確認	書類確認	申請受付
			合 議		
			口座振込先金融機関		
			金融機関コード	店舗コード	