

介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			申請年月日		年 月 日									
被保険者氏名			被保険者番号											
			個人番号											
生年月日	年 月 日		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						
								年 月 日						
								年 月 日						
								年 月 日						
福祉用具が 必要な理由														
中芸広域連合長 様 上記のとおり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。 なお、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ください。 申請者 住所 (被保険者本人) 氏 名 印 電話番号														
窓口に来られた方	氏 名 (施設名)		申請者との関係											
	住 所		電話番号											
必要添付書類	☐ 被保険者証 (チェックのみ) ☐ 領収証 ☐ 福祉用具のパンフレット等 (品名、型式等が確認できるもの)													

(郵便局不可) ※印の欄については、記入不要です。

口座振込依頼欄	銀行				本店			種 目		口 座 番 号					
	信用金庫				支店			1 普通預金							
	信用組合				支所			2 当座預金							
	農業組合				出張所			フリガナ							
	漁業組合														
※金融機関コード				※店舗コード			口座名義人 (被保険者本人)								