

# 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			保険者 番号		3	4	3	0	9	5
被保険者氏名			個人番号	●	●	●	●	●	●	●
			被保険者 番号	●	●	●	●	●	●	●
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女							
住 所	〒 安芸郡坂町 番地 番号 丁目 番号 電話番									
要介護状態区分	要支援 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5									
認定の有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで									
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	坂町長 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。 平成 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 電話番号									

注意・この申請書の裏面に、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。（ただし、居宅サービス計画を添付している場合は、記入の必要はありません。

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。（本人名義の口座に限る）

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店 出張所	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	-----								