

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		個人番号													
被保険者氏名		被保険者番号			0	0	0	0							
生年月日	明・大・昭	年		月		日	生	性	別	男	・	女			
住所	奈良県生駒郡三郷町														
電話番号 0 7 4 5 - -															

福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	販売事業者名 販売事業者番号	購入金額	購入日
			円	令和 年 月 日
			円	令和 年 月 日
			円	令和 年 月 日

福祉用具が 必要な理由	
----------------	--

三郷町長 殿

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。

なお、上記の支給額を下記の口座に振り込んで下さい。

令和 年 月 日

住所 奈良県生駒郡三郷町

申請者

氏名 電話番号

注意 ・この申請書の裏面に、領収書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。

口 座 振 込 依 頼 欄	銀行 信用金庫 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			

給付対象費用額
(円)

×

給付率
／100

=

支給額
(円)

領収書	パンフ

要介護区分
要介護 ・ 要支援

部 長	課 長	主 幹	補 佐	担当者

別紙のとおり支給してよろしいか。