

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																
	生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女															
住所	奈良県生駒郡三郷町																		
			電話番号															-	-
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		購入金額	購入日														
		販売事業者番号																	
				円	年 月 日														
				円	年 月 日														
				円	年 月 日														
福祉用具が必要な理由 (個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。)																			
三郷町長 様 三郷町介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費受領委任払制度実施要綱第4条の規定により、上記のとおり申請します。また、福祉用具購入費の支給額を下記の口座に振り込んで下さい。 年 月 日 申請事業者 住所 名称 代表者氏名 電話番号																			

- ※添付書類 (1) 福祉用具購入費等受領委任払制度取扱確約書（第2号様式）及び委任状  
 (2) 被保険者負担分の領収書  
 (3) 福祉用具のパフレット等当該製品の詳細が分かるもの  
 (4) その他町長が必要と認める書類

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				
	農協	出張所	2 当座預金					
	金融機関コード	店舗コード	3 その他					
	フリガナ							
	口座名義人							

※町記入

給付対象費用額 ( 円 ) × 給付率 / 100 = ( 円 ) 支給  
 × / 100 = ( 円 ) 自己負担

領収書	パンフレット	要介護区分	確約書・委任状
		要介護・要支援	

決裁欄				
部長	課長	課長補佐	課長補佐	担当者