

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 被保険者氏名								個人番号												
被保険者番号								保険者番号	2 2 3 0 1 6											
生年月日	年 月 日生							性別	男 ・ 女											
住 所	〒																			
電話番号																				
福祉用具 (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											
裏 面 の と お り																				
福祉用具が 必要な理由	裏 面 の と お り							申請回数	新規 ・ 2回目以降											
<p>東 伊 豆 町 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</p> <p>申請者 (請求者)</p> <p>氏名</p> <p>電話番号</p> <p>印</p>																				

注意・この申請書の他に、領収証・福祉用具のパンフレット及び居宅サービス計画書等を添付してください。

支給決定した、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

支給決定額 円

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協 漁協							本店 支店 出張所			種 目			
	金融機関コード							店舗コード			1 総合口座 2 普通預金 3 当座預金			
	フリガナ										口座番号			
	口座名義人													

裏面

番号	福祉用具		製造事業者名	購入金額	購入日
	種目	商品名	販売事業者名		
1				円	年
					月 日
2				円	年
					月 日
3				円	年
					月 日
4				円	年
					月 日

福祉用具が必要な理由（居宅(介護予防)サービス計画の記載により必要であると認められる場合は不要）