

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	保険者番号					
	被保険者番号					
	個人番号					
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	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			
		円	年 月 日			
		円	年 月 日			
		円	年 月 日			
福祉用具が 必要な理由						
一宮町長 様 上記のとおり関係書類を添えて介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を 申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 電話番号						

注意・「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。

・次の書類を添付してください。

- ① 当該指定特定福祉用具販売事業所の名称、指定番号及び販売した特定福祉用具の種目及び品目の名称及び販売費用の額その他必要と認められる事項を記載した証明書
- ② 領収書
- ③ 当該特定福祉用具のパンフレットその他の当該特定福祉用具の概要

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。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する					
口座振替 依頼書	農協 銀行 信用金庫 信用組合	本店(所) 支店(所) 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					

