

要介護区分

有効期間 平・令

. . . ~ . . .

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										
被保険者 氏名			被保険者番号										
生年月日	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)		製造業者名及び 販 売 業 者 名		購 入 金 額		購 入 日							
				円		令和 年 月 日							
				円		令和 年 月 日							
福祉用具が 必要な理由													
※福祉用具の選定にあたり、居宅介護支援事業所がアドバイス等を行なった場合は、事業所及び ケアマネジャー名を記載して下さい。 (居宅介護支援事業所名) (ケアマネジャー名)													
川俣町長 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。 令和 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 印													

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ください。
・「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ください。欄内に記載が
困難な場合は、裏面に記載してください。

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ください。

口座振替 依 頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合		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												