

介護保険居宅介護特定(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ		被保険者番号		0	9	0	0						
被保険者氏名		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											
特定(介護予防)福祉用具名 (種目名及び商品名)		製造事業者名及び 指定販売事業者名		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						
特定(介護予防) 福祉用具が 必要な理由													
丸森町長 殿													
上記のとおり関係書類を添えて居宅介護特定(介護予防)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													
(被保険者)													
氏名													
電話番号													

- 注意 ・ この申請書の裏面に、領収証及び特定(介護予防)福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。
- ・ 「特定(介護予防)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。

居宅介護特定(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替	銀行	本店	種目	口座番号								
	農協	支店	1 普通預金 2 当座預金 3 その他									
依頼欄	フリガナ 口座名義人											

口座名義人が被保険者本人以外の場合は、委任状も添付してください。