

介護保険居宅介護(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		保険者番号	聖籠町	1	5	3	0	7	2					
		被保険者番号												
生年月日	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	事業者番号	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													
聖籠町長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 平成 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 印													

注 ・この申請書に、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(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。

口座振替 依頼欄	金融機関名	本支店名	種 目	口座番号										
			1 普通											
	金融機関コード	店舗コード	2 当座											
			3 その他											
	フリガナ													
口座名義人														

委任状	※被保険者本人以外の口座に振り込む場合は、必ず記入してください。 居宅介護(予防)福祉用具購入費の受領を下記の者に委任します。 平成 年 月 日												
	受任者 (口座名義人)	住所 氏名	印										
	委任者 (被保険者)	住所 氏名	印										

町記入欄

要介護 状態区分	保険料 納付状況	領収証 確認欄	給付 割合	給付対象 金額	給金 付額	備考
1 要支援 (1・2)	未納保険料 有・無		1 1割			
2 要介護 (1・2・3・4・5)	滞納保険料 有・無		2 2割			