

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			保険者番号			0	2	4	4	2	2
被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日	明・大・昭	年	月	日	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	平成	年	月	日			
				円	平成	年	月	日			
				円	平成	年	月	日			
福祉用具が 必要な理由	<p>介護支援専門員 印</p>										
<p>五戸町長様</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>平成 年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住所</p> <p>申請者 (被保険者)</p> <p>氏名</p> <p>電話番号</p> <p>印</p>											

注意 ・この申請を行う際に、領収書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（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	郵便局以外	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	預金種目	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. 貯蓄預金 4. その他	
郵便局	ゆうちょ 銀行	記号	番号	フリガナ	口座名義人
		1 0 -			

要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 支給額 \_\_\_\_\_ 円