

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					3	7	4	0	3	3
被保険者氏名		被保険者番号										
		要介護度										
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女									
住 所	〒766－ 仲多度郡琴平町 番地											
	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											負担割合	
											割	
琴平町長 様 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。 年 月 日 申請者（被保険者） 住所 仲多度郡琴平町 番地 氏名 電話番号												

※この申請書に、領収書・居宅サービス計画書（介護予防サービス・支援計画書）・福祉用具サービス計画書・福祉用具のパンフレット等を添付して、申請してください。

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下さい。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合				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														

【委任欄】※振込先の口座名義人が被保険者以外の場合に記入してください。

上記の支給の受領方を口座名義人
ようお願いします。

に委任し、上記口座に振り込まれます

年 月 日

申請者（被保険者）

印