

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		保険者番号		2	9	3	6	1	3
被保険者氏名		被保険者番号							
		要介護度	要支援	要介護					
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生		1	2	1	2	3	4	5
		性別	男・女						
住所	〒636- 奈良県磯城郡								
福祉用具種目名	製造事業者名	購入金額		購入日					
福祉用具商品名	販売事業者名								
			円	年	月	日			
			円	年	月	日			
			円	年	月	日			
福祉用具が必要な理由	記入者名: _____ (1. ケアマネジャー 2. 福祉用具専門相談員) ※ 福祉用具サービス計画書(利用計画)に記載の上、添付して下さい。 ※福祉用具貸与の利用がある場合は、特定福祉用具販売計画と一体のものとして作成したもの								
川西町長 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。 年 月 日 住所 申請者 (被保険者) 氏名 _____ 電話番号 _____									

注意 領収証の原本(被保険者あてのもの)及び福祉用具のパフレット(コピー可)を添付して下さい。
 「福祉用具が必要な理由」については、福祉用具サービス計画書(利用計画)に個々の用具ごとに記載の上、添付して下さい。

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下さい。

口座振込依頼欄		銀行・信用金庫 農協・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					
				2 当座					
				3 その他					
	フリガナ								
	口座名義人								