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						
住所	〒６３６－ 奈良県磯城郡										

福祉用具 種目名 福祉用具 商品名	製造事業者名 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	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

申請者（被保険者）
住所
氏名　　電話番号

注　意　領収証の原本（被保険者あてのもの）及び福祉用具のパンフレット（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 1 普通 2 当座 3 その他	口座番号
	金融機関コード	店舗コード		
	フリガナ			
	口座名義人			

注　意　被保険者本人の口座と異なる場合は、委任状（任意の様式）が必要です。