

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		2	0	4			
	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 (種目及び商品名)	製造事業者名	販売事業者名 (指定事業者番号)	購入金額	購入日				
		()	円	年 月 日				
		()	円	年 月 日				
		()	円	年 月 日				
		合 計 (購入金額)	円					
		支給申請額(購入金額×給付率)	円					
福祉用具が 必要な理由			居宅介護支援事業所					
			事業者名					
			担当者名					
木曾広域連合長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住 所 電話番号 () 氏 名 印								

- 注意
- ・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付して下さい。
 - ・「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下さい。欄内に記載内容が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

居宅介護（支援）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

〔 口座名義人が被保険者本人でない場合：下記の口座へ振り込むことを承諾します。 〕

被保険者氏名 印

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店 支所 出張所	種 目	口 座 番 号				
			1 普通預金 2 当座預金 3 その他					
	金融機関コード	店舗コード	フリガナ 口座名義人					