

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 被保険者氏名 | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | | | | | | 保険者番号 | 2 2 3 0 1 6 | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日生 | | | | | | | 性別 | 男 ・ 女 | | | | | | | |
| 住 所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | |
| 福祉用具 (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 | | | | | | |
| 裏 面 の と お り | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が 必要な理由 | 裏 面 の と お り | | | | | 申 請 回 数 | | | | 新 規 ・ 2 回 目 以 降 | | | | | | |
| <p>東 伊 豆 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>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 (請求者)</p> <p>氏名</p> <p>電話番号</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意・この申請書の他に、領収証・福祉用具のパンフレット及び居宅サービス計画書等を添付してください。

支給決定した、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。

支給決定額 円

| | | | | | | | | | | | |
|-------------|------------------------|--|--|--|-----------------|--|--|----------------------------|--|--|--|
| 口座振込 依頼欄 | 銀行 信用金庫 農協 漁協 | | | | 本店 支店 出張所 | | | 種 目 | | | |
| | 金 融 機 関 コ ー ド | | | | 店 舗 コ ー ド | | | 1 総合口座 2 普通預金 3 当座預金 | | | |
| | フリガナ | | | | | | | 口 座 番 号 | | | |
| | 口座名義人 | | | | | | | | | | |

裏面

| 番号 | 福祉用具 | | 製造事業者名 | 購入金額 | 購入日 |
|--|------|-----|--------|------|-----|
| | 種目 | 商品名 | 販売事業者名 | | |
| 1 | | | | 円 | 年 |
| | | | | | 月 日 |
| 2 | | | | 円 | 年 |
| | | | | | 月 日 |
| 3 | | | | 円 | 年 |
| | | | | | 月 日 |
| 4 | | | | 円 | 年 |
| | | | | | 月 日 |
| 福祉用具が必要な理由（居宅(介護予防)サービス計画の記載により必要であると認められる場合は不要） | | | | | |