

保険者確認欄

介護保険福祉用具購入費支給申請書

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

		保険者番号		3 1 4 0 1 3	
被保険者番号			個人番号		
フリガナ			生年月日	大正・昭和 年 月 日	
被保険者氏名			性別	男・女	
住所	〒		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	令和 年 月 日		
		円	令和 年 月 日		
		円	令和 年 月 日		
福祉用具が 必要な理由					
<p>日南町長様</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>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名 印</p>					

- 注意
- この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパン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、ここの用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

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	銀行 信用金庫 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 普通預金 2 当座預金 3 その他		
依頼欄	フリガナ 口座名義人				
要介護認定情報	期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
担当ケアマネ	所属	氏名			

請 求 書

¥

是は、 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費
(購入用具:)

・請求内訳 (円×90%)

上記金額請求します。

令和 年 月 日

住所

氏名

印

日南町長 殿

請 求 書

¥

是は、 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費
(購入用具:)

・請求内訳 (円×80%)

上記金額請求します。

令和 年 月 日

住所

氏名

印

日南町長 殿

請 求 書

¥

是は、 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費
(購入用具:)

・請求内訳 (円×70%)

上記金額請求します。

令和 年 月 日

住所

氏名

㊞

日南町長 殿