

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書(償還払い)

										個人番号										
フリガナ											保険者番号				2	7	3	4	1	7
被保険者氏名											被保険者番号									
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別		男 ・ 女													
住所	〒																			
電話番号																				
福祉用具名 (種目名及び品目名)	製造事業社名及び 販売事業社名(番号)				購入金額				購入日											
	()				円				令和 年 月 日											
	()				円				令和 年 月 日											
福祉用具が 必要な理由																				
希望支払方法 (希望する方法 に○印をいれて 下さい。)	・町窓口による支払希望 ・口座振込による支払希望 ※ここに○印をされた方は、下記の金融機関名等を記入してください。																			
	金融機関名						支店名						預金種別							
	銀行・信用組合 信用金庫・協同組合						店						普通・当座・その他							
	口座番号						口座名義人氏名													
忠岡町長殿 上記のとおり関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請します。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 ④ 電話番号																				

注) ・ この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
 ・ 「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。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

上記申請人について、購入の要件に該当すると認めます。

* 担当する居宅介護支援事業者 (担当する居宅介護支援事業者がない場合は記載不要)

所在地
 事業者名
 電話番号 () -
 介護支援専門員氏名