

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

申請年月日	年 月 日			
栗山町長 様 次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。				
フリガナ			保険者番号	
被保険(申請)者氏名			被保険者番号	
生年月日	明・大・昭	年	月	日
性別	男 ・ 女			
住 所	〒			
	電話番号			
福祉用具名 (種目名及び商品名)	福祉用具購入事業者等		購入金額	購入日
	指定事業者番号	販売事業者名		
			円	年 月 日
			円	年 月 日
			円	年 月 日
福祉用具が 必要な理由				
届出者 ※届出者が被保険者本人の場合、記入不要 〒				
住 所		電話番号		
氏 名		被保険者との関係(続柄)		

注意 ・ この申請書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」については、個々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ください。
 ・ 入院・入所中の場合は、支給申請はできません。ただし、退院・退所後に備えて福祉用具を購入された場合は、退院・退所後に申請をする事ができます。

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行	本店	種 目	口 座 番 号			
	信用金庫	支店		1 普通預金			
	信用組合	本所	2 当座預金				
	農協	支所	3 その他				
	フリガナ						
	口座名義人						

※被保険者と口座名義人が異なる場合は、下欄に署名・押印をお願いします。

受任者	住 所	上記口座名義人に、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を受領する 権限を委任します。 被保険(委任)者氏名 _____
	氏 名	
	委任者との関係(続柄)	

※町記入欄

給付制限状況	購入費用額	対象費用額	支給(決定)額	備 考	受 付 印
有 ・ 無	(購入金額合計)	(限度額内)			
要介護状態区分	円	円	円		