

受付印

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請・請求書

フリガナ		保険者番号	3 6 2 0 6 1
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
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 (種目及び商品名)	製造業者名 (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	
------------	--

欄内に記入が困難な場合は裏面へ記入してください

上記のとおり福祉用具が必要であることを認めます。
 事業所名
 記入者(介護支援専門員等) ㊟

阿波市長 様
 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請・請求します。
 令和 年 月 日

申請・請求者 住所
 (被保険者) 氏名 ㊟ 電話番号

居宅介護(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。

口座振替依頼欄	銀行 農協 信用金庫	本店(所) 支店(所) 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	
	フリガナ			
	口座名義人			

注意 ・この申請書のほかに、領収書及び福祉用具のパフレット等を添付すること
 ・申請者は被保険者を記入。被保険者死亡の場合は、相続人等の氏名を記入する;
 ・「必要な理由」については、個々の福祉用具ごとに記入すること
 ・過去に同種目を購入している場合は、その写真(現状確認)を添付し、再購入の理由を記入すること

債権者CD	
-------	--