

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  
(被保険者) 住所  
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	本店(所)	種目	口座番号
	農協	支店(所)		
	信用金庫	出張所	1普通預金	
	金融機関コード	店舗コード	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