

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

		個人番号			
フリガナ				保険者番号	
被保険者氏名				被保険者番号	
生年月日		性別			
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	年 月 日
				円	年 月 日
				円	年 月 日
福祉用具が 必要な理由					
三豊市長 様 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。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 印					

注意 ・この申請書の裏面に、領収証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。

・受領委任払による場合は、所定の委任状を添付してください。

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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合		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					
	フリガナ										
	口座名義人										

口座振込委任欄

上記の支給の受領方を口座名義人 に委任し上記口座に振り込まれますようお願いいたします。

年 月 日

被保険者(申請権者)

印