介護保険　居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

ﾌﾘｶﾞﾅ		保険者番号	1 5 3 8 5 8
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	平成　年　月　日
		円	平成　年　月　日
		円	平成　年　月　日

福祉用具が必要な理由	

阿賀町長　　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します。
平成　年　月　日

申請者　住所　　電話番号
氏名　　印

また、この申請により支給される給付費の受領権を下記の者に委任します。

委任者　氏名　　印
代理受領者　氏名　　（続柄　　）

注意　・添付書類として、領収書、福祉用具のパンフレット及び介護保険証の写し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ください。

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下さい。

口座振込依頼欄	銀行 金庫 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	
	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	口座名義人			