

介護保険 居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

| | | | | |
|---|--------------------|---------|-------------|--|
| フリガナ | | 保険者番号 | 1 5 3 8 5 8 | |
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | 0 0 0 | |
| 生年月日 | 大・昭 年 月 日生 | 性別 | 男 ・ 女 | |
| 住 所 | 〒 | | | |
| 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 | | | | |
| <p style="text-align: center;">阿賀町長 宛</p> <p style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申 請 者 電話番号</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">この申請により支給される給付費の受領を下記の者に委任します。</p> <p style="text-align: center;">委 任 者 氏名 ㊟（本人自署の場合は押印不要）</p> <p style="text-align: center;">代理受領者 氏名 （続柄 ） (口座名義人) 電話番号</p> | | | | |

- ・領収書、福祉用具のパンフレット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 2 当座 3 その他 | |
| | フリガナ | | | |
| | 口座名義人 | | | |