

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>阿賀町長 宛</p> <p>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>申 請 者 電話番号</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p>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>委 任 者 氏名 ㊟（本人自署の場合は押印不要）</p> <p>代理受領者 氏名 （続柄）</p> <p style="text-align: right;">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			