

介護保険居宅介護福祉用具購入費等支給申請書

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号											
	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>厚岸町長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護福祉用具購入費等の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏 名 印</p>												
<p>[受領委任]</p> <p>私は、福祉用具購入費の受領を下記の者に委任します。</p> <p>住所</p> <p>受任者(事業者) 名称 電話番号</p> <p>代表者名</p>												

注意 ・この申請書に、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。

居宅介護福祉用具購入費等を下記の口座に振り込んで下さい。(受領委任の場合は記載不要)

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	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											