

介護保険居宅介護(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		2	1	3	0	2	5
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	年 月 日								
住所	〒		電話番号						
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 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									
岐南町長 宛 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									

注意・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパフレット等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。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

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ください。

口座振替 依頼欄	農協・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			

委任状
 私は、 を代理人と定め上記申請及び福祉用具購入費の受領に関する
 ことを委任します。
 被保険者氏名