

介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保険者番号		1	9	3	6	8	0
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	個人番号					
性別	男・女									
住所	〒									
		電話番号								
要介護度			有効期間	～						
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			
富士川町長様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)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 (被保険者)氏名 印										

- ☐ 購入した福祉用具の領収書(領収書の宛名が被保険者名であること)。
- ☐ ※事前申込書と変更があった場合は変更した理由がわかる書類を添付すること。

居宅介護(支援)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

振込先 口座情報	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店・支店 出張所・支所	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										

※上記の口座名義人に給付費の受領を委任します。 被保険者氏名 印

提出者署名欄

上記の振込先口座情報について相違ないことを確認しました。 確認者氏名