

介護保険福祉用具購入費支給申請書

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	年 月 日		性 別																	
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																				
由仁町長 様																				
上記のとおり、関係書類を添えて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										印										

(被保険者と異なる口座の名義人に振り込む場合(代理受領を行う場合を除く。))

上記の受領を次の者に委任します。																			
年 月 日																			
										被保険者名									
										印									
上記委任について同意します。																			
年 月 日																			
										住所									
										受任者									
										氏名									
										印									

上記の福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。

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										

- 注意 1 領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
- 2 「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、裏面又は別紙に記載してください。