

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

市町受付印

（償還払・委任払）

組合受付印

フリガナ			保険者番号						
被保険者氏名			被保険者番号						
生年月日	年	月	日	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 (総費用額)	購入日				
種目		製造		円	年 月 日				
商品		販売							
種目		製造		円	年 月 日				
商品		販売							
種目		製造		円	年 月 日				
商品		販売							
福祉用具が 必要な理由									
大里広域市町村圏組合管理者 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。  
 ・委任払いを希望する場合は、「委任払いに係る委任状及び同意書」を添付してください。

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下さい。

口座振込 依頼欄	銀行・農協 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								

市町・組合記入欄

受付者記入	提出者氏名	申請書類確認者印	組合記入	支給予定額	入力済
	購入時要介護度				
	給付履歴等	回目（残額 円）		整理番号	
	滞納保険料		備考		