

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			被保険者番号	0	0	0	0	0						
被保険者氏名			個人番号											
生年月日	明・大・昭		年	月	日生	性別		男・女						
住所	〒 ー 吉野町大字													
	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 (令和 年 月 日)								
						円 (令和 年 月 日)								
						円 (令和 年 月 日)								
吉野町長 様														
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。														
令和 年 月 日														
住所														
申請者														
氏 名														
電話番号														
※ 長寿福祉課窓口で申請する者の住所・氏名をご記入ください。														
※ 申請者が被保険者本人でない場合は委任状も併せて添付してください。														
この申請書に、①領収証、②福祉用具のパフレット等の写し、③福祉用具が必要な理由がわかる「福祉用具サービス計画書」の写し（販売事業者から説明を受け、同意したもの）を添付してください。														
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														

※ 振込先口座が被保険者本人のものでない場合は、続柄を記入してください。（続柄： ）

※ 振込先口座が確認できる書類（通帳等）をご持参いただくか、通帳等の写しを提出してください。