

# 介護保険居宅介護・支援福祉用具購入費支給申請書

函 南 町 長 様

次のとおり居宅介護・支援福祉用具購入費の支給を申請します。

		申請年月日	年 月 日						
被 保 険 者	フリガナ		保険者番号	2	2	3	2	5	5
	氏 名		被保険者番号						
	生年月日	明 大 昭 年 月 日	性 別	男 ・ 女					
	住所及び 連絡先	函南町 電話番号							
福 祉 用 具 名 (種目及び商品名)		製造事業者名及び 販売事業者名		購 入 金 額		購 入 日			
		製造 販売		円		年 月 日			
		製造 販売		円		年 月 日			
		製造 販売		円		年 月 日			
		製造 販売		円		年 月 日			
福祉用具が必 要な理由									

申請者氏名	(印)	被保険者との関係	
住 所 及 び 連 絡 先	電話番号		

(注)

- 1 この申請書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。
- 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、裏面に記載してください。

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。

口 座 振 込 依 頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店 出張所	口座種別	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								

# 介護保険居宅介護・支援福祉用具購入費支給申請書

記入例

函南町長様

次のとおり居宅介護・支援住宅改修費の支給を申請します。

窓口に来た日付を記入してください

介護保険証を見て記入してください		申請年月日	〇〇年〇〇月〇〇日										
被 保 険 者	フリガナ	カン ナミ タ ロウ	保険者番号	2 2 3 2 5 5									
	氏名	函南太郎	被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5
	生年月日	明大昭〇〇年〇〇月〇〇日	性別	男・女									
	住所及び連絡先	函南町 平井 ■●▲ — ▲▲ 電話番号 978-〇●〇●											
福祉用具名 (種目及び商品名)		製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日									
ポータブルトイレ		製造…▲▲会社 販売…■●会社	10,000円	16年11月10日									
浴槽安心手すり		製造…▲▲会社 販売…■●会社	50,000円	16年11月15日									
			円	年 月 日									
			円	年 月 日									
福祉用具が必要な理由	夜一人でトイレまで行って排泄することができないため購入したい。 下肢の筋力低下が見られるので、安全に入浴できるよう購入したい。												

申請者氏名	函南一郎 (印)	被保険者との関係	長男
住所及び連絡先	函南町 平井 ■●▲ — ▲▲ 電話番号 978-〇●〇●		

(注)

- この申請書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・支援住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	● ▲ 銀行 信用金庫 信用組合 農協	■ ● 本店 支店 出張所	口座種別	口座番号							
	金融機関コード		① 普通預金 ② 当座預金 ③ その他	1	2	3	4	5	6	7	8
	店舗コード			5	6	7					
	フリガナ	カン ナミ タ ロウ									
口座名義人	函南太郎										