

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費 支給申請書

被保険者氏名	フリガナ	保険者番号		2	9	4	0	1	7
		被保険者番号							
生年月日	大・昭 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	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									
<p>高取町長様</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 電話番号 ()</p> <p style="text-align: center;">氏名 ⑩</p>									

(注意)・この申請書に、領収書及び福祉用具のパフレット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）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

(注：受取人口座が被保険者口座でない場合は、必ず別紙委任状を作成・記入してください。)

口座振替 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	
	口 座 名 義 人	フリガナ		

注：費用の受取口座が、被保険者本人口座でない場合は、必ず作成・記入してください。

(委任状)

私は、 _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。

年 月 日請求した、

1. 居宅介護（支援）福祉用具購入費

受領に関すること。

2. _____

申請者の住所・氏名

住所

申請者

電話番号

()

氏名

印

代理人の住所・氏名

住所

代理人

電話番号

()

氏名

印

口座振替 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					
口座名義人	フリガナ							