

回 覧	課 長	統括	専門員	主査・グループ員

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 被保険者氏名			保険者番号											
			被保険者番号											
生年月日	明・大・昭 年 月 日			性 別		男 ・ 女								
住 所	〒 電話 ()													
福祉用具名 (種目名及び商品名)		製造業者名及び 販売事業者名			購入金額			購入日						
								平成 年 月 日						
								平成 年 月 日						
								平成 年 月 日						
福祉用具が 必要な理由														
中山町長 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。 平成 年 月 日 申請者 住所 電話 () 氏名 印														

※ 注意

- ・「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。
- ・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。
- ・別紙請求書を記入し提出してください。ただし、申請年月日、請求金額欄は審査・決定後記入しますの
で記入しないでください。

保険者記入欄

要介護度 支1・2 介1・2・3・4・5	今年度既給付 無・有 (円)	今回対象額 円	自己負担 給付額 円 円
----------------------------	--------------------	------------	-----------------------

【購入した福祉用具の領収証書を貼付してください】

【購入した福祉用具のパンフレットの写しを貼付してください】

☐ 福祉用具購入費

請 求 書

☐ 住宅改修費

請求日 平成 年 月 日

中山町長

様

次のとおり請求いたします

債権者 (請求者)	住 所	
	氏 名	印

請 求 金 額	円
適 用	購 入 ・ 着 工 年 月
☐ 介護予防福祉用具購入費（要支援認定者） ☐ 居宅介護福祉用具購入費（要介護認定者） ☐ 介護予防住宅改修費（要支援認定者） ☐ 居宅介護住宅改修費（要介護認定者）	平成 年 月

希望する支払い方法に○をつけてください。

1、 口座振替（本人の口座）

2、 口座振替（本人以外の口座）

私は、介護保険の _____ 費支給に関する受領について、次の者を代理人として委任します。

受任者 住所 _____ 氏名 _____ (続柄) _____

1又は2の方は下記に振込口座をご記入ください。

口座振替 依頼欄	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	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			