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		保険者番号	4 5 4 2 1 5
被保険者氏名		被保険者番号	0 0 0 0 0
		個人番号	
生年月日	明・大・昭　年　月　日生	性別	男　・　女
住所	門川町		
販売事業者名		支払い方法	償還払い・受領委任払い

福祉用具名（種目名及び商品名）	製造事業者名	購入金額	購入日
		円	年　月　日
		円	年　月　日
		円	年　月　日

門川町長　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。

年　月　日

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

※償還払いの場合は利用者の住所、氏名を記入。受領委任払いの場合は事業所の所在地、事業所名、代表者名を記入。

提出代行者	（包括支援センター・居宅介護支援事業所等　名称）

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ください。

口座振込依頼欄	銀行 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			

添付書類

・設置後の写真（撮影日をいれること）　　・領収書

【門川町記入欄】

決裁	課長	課長補佐	係長	係員	担当者

決定	支給決定日	支給額
支給　・　却下	年　月　日	円

要介護度	備考
（要支援　1　2）　申請中 （要介護　1　2　3　4　5）	

受付印