

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											
被保険者氏名			被保険者番号											
			個人番号											
生年月日	年	月	日生	要介護度等	支援1・2 介護1・2・3・4・5									
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日													
住所	〒 電話番号													
福祉用具名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売 事業者指定番号	製造事業者名及び 販売事業者名		購入金額	購入日									
(TAISコード)				円	年 月 日									
(TAISコード)				円	年 月 日									
(TAISコード)				円	年 月 日									
福祉用具が 必要な理由														
(宛先)寒川町長 上記のとおり、関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏 名														
代理申請を行う 事業所情報	事業所名称													
	事業所種別													

注意 ・この申請書の他に領収書、福祉用具のパン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、個々の福祉用具ごとに記載してください。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要)														
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する														
口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協	本店 支店			種目			口座番号							
	金融機関コード	店舗コード			1 普通 2 当座預金 3 その他										
	ゆうちょ銀行	記号				番号									
	フリガナ														
	口座名義人														