

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(償還払用)

フリガナ			保険者番号	4 0 2 1 0 7						
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		性別	男・女						
住所	〒834-八女市		電話番号							
販売事業者名			事業者番号							
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						
合計		円								

福祉用具が必要な理由	記入者職名	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員	
	記入者氏名	所属事業所	
	□「居宅サービス計画」の写し添付により省略		

八女市長 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
 申請者 住所 八女市
 氏名 電話番号

注意 ・この申請書に、領収書(原本)及び福祉用具のパンフレット等のコピー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。欄内の記載が困難な場合は、裏面に記載してください。必要な理由が記載された「居宅サービス計画」の写しを添付いただいた場合は、記載不要です。

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・農協	支店	種目	口座番号						
	信用金庫(組合)	出張所	普通預金							
	金融機関コード	店舗コード	()							
	フリガナ									
	口座名義人									