

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

保険者名 厚沢部町

フリガナ		保険者番号		0	1	3	6	3	1
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0	0			
性別	男・女	個人番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生								
住所	下 檜山郡厚沢部町	電話番号	-						
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 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						
		円	年 月 日						
		円	年 月 日						
購入額計 (消費税込)		円							
福祉用具が 必要な理由									
厚沢部町長 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 檜山郡厚沢部町 申請者 氏名 電話番号 () - 印									

注意・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。
・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

受領に関する権限を_____に委託します。(申請者) 印

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	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							

市(町村)記入欄

要介護度	保険料納付状況	添付書類 確認欄	申請回数	回目
・要支援1 ・要支援2 ・経過的要介護 ・要介護1 ・要介護2 ・要介護3 ・要介護4 ・要介護5	未納保険料 有・無	1 領収書 2 確認書 ・内訳書 ・パンフレット	支給可能額 A	円
	滞納保険料 有・無		今回本人購入済額	円
			今回支給額 B	円
			残額(次回支給可能額) A-B	円