

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	南魚沼市 1 5 2 2 6 4
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	電話番号	()
住所	〒949- 南魚沼市		
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 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
福祉用具が必要な理由	理由 (記載者 居宅介護支援事業所名： 介護支援専門員氏名：)		
(あて先) 南魚沼市長 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（被保険者）氏名			

注意

- ・領収証の写し及び福祉用具のパ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、裏面または別紙に記載してください。また、居宅介護支援事業所と契約をしていない場合は、特定福祉用具販売事業所および福祉用具専門相談員名を記載してください。

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 金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 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			

福祉用具購入費の受領方を_____に委任します。

委任者（被保険者氏名）_____