

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保険者番号	3 0 4 0 1 4					
被保険者氏名			被保険者番号						
			個人番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女			
住所	〒		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		平成	年	月	日	
			円		平成	年	月	日	
			円		平成	年	月	日	
福祉用具が 必要な理由									
白浜町長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 平成 年 月 日 申請書 住所 白浜町 番地 電話番号 氏名 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。
 居宅介護(予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

振 込 口 座	銀行等	フリガナ						
		金融機関	銀行 支店 農協 支所					
		預金種別	普通 当座 貯蓄 その他					
	口座番号	(右詰でご記入ください)						
	ゆうちょ銀行	番 号				番 号		
口 座 名 義	フリガナ							
	口座名義(人)							

※被保険者と振込口座名義人が異なる場合は裏面の委任状も記入ください。

委 任 状

私への介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費の支払いについては、

受領を_____に委任します。

住所 白浜町

氏名

印