

介護保険 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

(年 月)

(氷川町)

フリガナ			保険者番号			4	3	4	6	8	8
被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (歳)		性別	男 女							
要介護状態区分	支1	支2	1	2	3	4	5	認定有効期間	年 月 日	年 月 日	
住 所	〒										
			電話番号 — —								
番号	種 目 名		製 造 事 業 所 名		購 入 金 額		購 入 日				
	商 品 名		販 売 事 業 所 名		(合計 円)						
①					税込		年 月 日				
					円						
②					税込		年 月 日				
					円						
③					税込		年 月 日				
					円						
福祉用具が 必要な理由	居宅介護支援事業所：										
氷川町 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 _____ 申請者氏名 _____ 印 _____ 電話番号 _____ - _____ 申請者が被保険者以外の場合はその続柄 ()											
					ケアマネ確認印		確認日				
							/				

- 注意
- この申請書の裏面に領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。レシートは不可。
 - 「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（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。

口座振込 依頼欄	銀行/ 農協 信用金庫		本店/ 支店 本所/ 支所		種目		口座番号	
	信用組合		出張所		1. 普通 2. 当座 3. その他			
	金融機関コード		店舗コード		ゆうちょ銀行記号番号			
	フリガナ							
	口座名義人		注：原則被保険者の名義とします					