

介護保険福祉用具購入費支給申請書

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 被保険者氏名			保 険 者 番 号				3	9	4	0	2	3
			被保険者番号		4	0	2	0				
			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)		製造事業者名及び 販売事業者名		購 入 金 額		購 入 日						
				円		令和	年	月	日			
				円		令和	年	月	日			
				円		令和	年	月	日			
福祉用具が 必要な理由												
佐 川 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。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 印												

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。
・福祉用具サービス計画書のコピーを添付してください。添付がある場合、上記の「福祉用具が
必要な理由」については、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下さい。

口 座 振 込 依 頼 欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合		本店・本所 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							
	ゆうちょ銀行		記号									
	フリガナ											
口座名義人												

佐川町記入欄

確 認 事 項		☐ 福祉用具サービス計画書		☐ 領収書		☐ カタログコピー	
給付 残高	円	介護保険 適用費用額	円	支給 決定額	円		
上記申請について、下記のとおり支給します。			課 長	課長補佐	包括管理者	係 長	係
令和 年 月 日							
□支給決定額			円				