

介護保険居宅介護・介護予防 福祉用具購入費支給申請書

鳴沢村長 様

居宅介護・介護予防 福祉用具購入費の支給を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

年 月 日

申請者 (被保険者)	保険者番号	鳴沢村	1	9	4	2	9	0	被保険者番号											
	フリガナ									生年月日	年	月	日生							
	氏名									性別	男 ・ 女									
	住所	〒 - (電話) -																		

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
		円	年 月 日

福祉用具が必要な理由 (被保険者の心身状態なども記載)					
記載した者	氏名		在宅介護支援センター・事業所名		

注意・この申請書に領収書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。

口座振替依頼欄		銀行 信用金庫 信用組合 農協	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
	フリガナ				3 その他
口座名義					

* 役場記入欄

受付日 年 月 日						今回申請分支給判定	
村長	副村長	課長	主幹	主査	主任・主事	可	支給金額 円
						否	不支給理由