

## 介護保険福祉用具購入費支給申請書

フリガナ						保険者番号									
被保険者氏名						被保険者番号									
個人番号											要介護度				
生年月日	年 月 日 生					性別	男 ・ 女								
住 所						電話番号	( )								
記入者	記入者名					事業所名					1. 介護支援専門員 2. その他:				
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						
(種目品名)			製)			円			年 月 日						
			販)												
(種目品名)			製)			円			年 月 日						
			販)												
(種目品名)			製)			円			年 月 日						
			販)												
福祉用具が 必要な理由															
邑智郡総合事務組合管理者 様 上記のとおり関係書類を添えて介護保険福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日  申請者 住所  氏名 <span style="float: right;">Ⓜ 電話番号： ( )</span>															

**注意** ・この申請書の提出に併せて、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。欄内に記入が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

### 介護保険福祉用具購入費受領方法(希望する番号に○印をしてください)

<b>1 受領委任払い希望</b>	受領委任払いを希望される方は「受領委任払い同意書」も併せて提出してください。			
<b>2 償還払い希望</b>	<b>償還払い希望の方は下記口座振込依頼欄をご記入ください。</b>			
口座振込 依頼欄	銀行・農協 金庫・組合	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 3.その他	
	フリガナ			
	口座名義人			