

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			申請年月日	令和 年 月 日		
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	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	年 月 日			
	-----	円	年 月 日			
	-----	円	年 月 日			
福祉用具が必要な理由						
遠軽町長 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。 住 所 _____ 申請者 電話番号 _____ () _____ 氏 名 _____ ㊞ (本人との関係 _____)						

- 注意 ・申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号の記入は不要です。
 ・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、別紙に記載しこの申請書に添付して下さい。

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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	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			
	フリガナ	-----				
	口座名義人	-----				

遠軽町記入欄

給付制限状況	保険料納付状況		添付書類	備 考
有・無	未納保険料	有・無	パンフレット等 領収書	
給付割合 %	滞納保険料	有・無		