

介護保険居宅介護（支援）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				
			被保険者番号				
生年月日	大・昭・平	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		年 月 日		
			円		年 月 日		
			円		年 月 日		
福祉用具が必要な理由							
中井町長 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号							

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（支援）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 信用金庫 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			
				3 その他			
フリガナ 口座名義人							

注意 ・依頼される口座は必ず**申請者名義**の口座を指定してください。

町記入欄

確認事項	上記の申請について、下記のとおり決定してよろしいか			
未納保険料 有・無	年 月 日			
利用限度額 100,000 円	<input type="checkbox"/> 支給	支給決定額 円		
既利用金額 円	<input type="checkbox"/> 不支給			
利用金額残 円	理由			
今回利用金額 円	〔	課長	主任	課員
給付率 %				
支給額 円				