

# 介護保険(介護予防)居宅介護福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保険者番号	与論町	465351
被保険者氏名			被保険者番号		
購入日における 要介護度	要 支 援 ( ) 要 介 護 ( )		被保険者区分	1 号 ・ 2 号	
生 年 月 日	T・S 年 月 日生		性 別	男 ・ 女	
住 所	〒 与論町 電話				
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造業者名	販売業者名	購入金額 (税込価格)	購入日 (代金領収日)	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
購入金額	円(上限10万円)				
福祉用具が必要な理由					
<p>与論町長 様</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者氏 名 印</p> <p>電 話 番 号</p>					

(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。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

銀行 信用金庫 農 協	本店 支店 支所	種目	口座番号
金融機関コード	店舗コード	1 普通口座	
		2 当座預金	
		3 その他	
フリガナ			備考
口座名義人			

居宅介護支援事業所等	担当	
購入金額	自己負担額	支給決定額