

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			保険者番号	0 2 3 8 7 9	
被保険者氏名			被保険者番号		
			介護度 支援 1・2 介護 1・2・3・4・5		
生 年 月 日	明・大・昭 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)		製造事業者及び 販売事業者名	購 入 金 額	購 入 日	
			円	令和 年 月 日	
			円	令和 年 月 日	
			円	令和 年 月 日	
福祉用具が 必要な理由					

中 泊 町 長 様

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。

令和 年 月 日

住所

申請者 電話番号

氏名 印

※ 口座名義人又は窓口受領者が、被保険者と異なる場合は、下記に記載・押印の上、
受領委任してください。

（委任される者） 住 所

氏 名 印

私（委任する者）は、上記の者に居宅介護（支援）福祉用具購入費の受領を委任します。

住 所

被保険者氏名 印

注意・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパ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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協 漁協		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								

備考欄
