

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				
被保険者氏名	保険者番号			
	被保険者番号			
	個人番号			
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女	
住 所	〒 ー 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 指定販売事業者名	事業者番号	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	※理由記入者(いづれかに○) 本人・家族・計画作成担当者・その他()			
----------------	-------------------------------------	--	--	--

北アルプス広域連合長 様

上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の申請をします。
また、本請求に基づく給付金を下記の口座に振り込むことに同意します。

年 月 日

住 所

申請者 電話番号 ()

氏 名 (続柄)

注意 ・この申請書には、領収書及び購入した福祉用具の詳細がわかる書類(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、個々の福祉用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合には、裏面に記載してください。
 ・居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給限度基準額は、「100,000円」です。

口座振込依頼欄	農協・銀行 金庫・組合	本所・本店 支所・支店	種 目	口 座 番 号
	1 口座振込	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			
2 現金	口座名義人			

	内容確認	
	市町村	広域
担当者印

広域連合決裁欄						
主 務	課内合議	係 長	課 長	事務局長	連合長	
						起案 . .
						決裁 . .
						施行 . .