

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	平成	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		
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		平成 年 月 日	
				円		平成 年 月 日	
				円		平成 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			9 その他			
	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	パンフレット等 領収書	
給付割合 %	滞納保険料		
	有・無		
	有・無		