

課長	主幹	課長補佐	係長	係員	受付印

年 月 日

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

大崎上島町長 様

下記の通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。

フリガナ	被 保 険 者 番 号									
被保険者 氏名	個人番号									
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	要支援1 要支援2	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5				
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			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	
							円		年 月 日	
福祉用具が 必要な理由										

注意・この申請の裏面に、領収書及び福祉用具のパンフレットの写し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、欄内に記載が困難な場合は裏面に記載して下さい。
- ・居宅サービス計画に福祉用具が必要な理由が記載してある場合は、計画書の写しを添付して下さい。（その場合は理由欄の記載は必要ありません。）

居宅介護（予防）福祉用具購入費支給決定金額を下記の口座に振り込んで下さい。※通帳のコピーを付けて下さい。

口座振込 依頼欄（ 被保険者 本人の名 義の口座 に限る）	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	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							
フリガナ				支払決定金額					
口座名義人				¥	万	千	百	十	円

(本人の氏名を代筆した場合)

(※決定金額は大崎上島町で記入)

代筆者名前： _____

本人との関係 _____

住 所： _____

代筆理由： _____