

介護保険 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

岩泉町長 様

次のとおり、関係書類を添えて介護保険給付費の支給を申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	印	本人との関係
申請者住所	電話番号	

被保険者番号	個人番号	
フリガナ	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
被保険者氏名		性別 男女
被保険者住所	電話番号	

費 目	・居宅介護福祉用具購入費 ・介護予防福祉用具購入費
福祉用具が必要な理由	・居宅サービス計画添付有 ・居宅サービス計画添付無 (必要な理由: _____ _____)

福祉用具名 (種目及び商品名)	販売事業者名 及び事業所番号	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

注意：この申請書に、領収書及び福祉用具のパ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下さい。
 枠内に記載が困難な場合は裏面に記載して下さい。

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 農協 組合	本店 支店 支所	口座種目	口座番号
	金融機関コード	支店コード	1. 普通	
			2. 当座	
			3. その他	
	フリガナ			
口座名義人氏名				

保険者記入欄

区 分	未納保険料	領収証確認	パンフレット等確認	備考
1. 一般	有・無			
2. 給付額減額（7割給付）	滞納保険料			
—	有・無			