

介護保険福祉用具購入費支給申請書

フリガナ					保険者番号					0	1	3	3	1	8	
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	男 ・ 女										
住 所	〒				電話番号											
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 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										
福祉用具が必要な理由																
申 請 額	購入費用総額				自己負担額				差引支給申請額							
	円				円				円							
<p>松前町長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>また、この申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の請求及び受領に関する権限を下記の者に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住 所 松前町字</p> <p>申請者(兼受領委任者) 氏 名 印</p> <p>電話番号</p>																
受取人の住所 事 業 者 名 代 表 者 名	〒				事業所番号											
	住 所				電話番号											
	事業者名				印											
	代表者氏名															
				金融機関名	預金種目				口座番号				口座名義人			
				支店	普 通 当 座 そ の 他											

注意 ・この申請書の裏面に、納品書及び福祉用具の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、個々の用具ごとに記載してください。

欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。