

介護保険特例居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書

(年 月)

被保険者氏名	フリガナ	保険者番号							
		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女						
住 所	〒 電話								
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日						
(種目名)	(製造事業者名)		年 月 日						
(商品名)	(販売事業者名)								
(種目名)	(製造事業者名)		年 月 日						
(商品名)	(販売事業者名)								
(種目名)	(製造事業者名)		年 月 日						
(商品名)	(販売事業者名)								
福祉用具が 必要な理由	神石高原町長様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 〒 申請者 住所 氏名 電話								

注意 この申請書の裏面に、領収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。

居宅介護（支援）福祉用具購入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 信用金庫 信用組合	本店・本所 支店・支所 出張所	種目	口座番号						
	金融機関コード		店舗コード	1. 普通 2. 当座 3. その他						
	口座名義人		フリガナ							

神石高原町記入欄

<input type="checkbox"/> 要介護度（支・要 [] / 申請中）	給付実績 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 有効期間（ ）	滞納 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 認定日	