

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

										個人番号													
フリガナ												保険者番号				3	1	3	7	1	8		
被保険者氏名												被保険者番号											
生年月日		明・大・昭 年 月 日生										性別											
状態区分等		要支援		1 ・ 2																			
		要介護		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5																			
住 所		〒 東伯郡琴浦町大字 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																							
<p>琴 浦 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>年 月 日</p> <p>住 所 東伯郡琴浦町大字</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏 名 (※)</p> <p>(※)本人が自署できない場合は、記名押印してください。</p>																							

注意・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具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。