

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

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		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		〒								
		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</p> <p>申請者 (委任者) 氏名</p> <p>電話番号</p> <p>(※)</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。

受取人（事業者）の同意書

琴浦町から支給される、上記申請内容に基づく被保険者 _____ 様に係る
介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領権限について、私が上記被保険者から委任
を受けることに同意します。また、保険給付費の請求事務等については、別紙誓約書のとおり、
関係法令を遵守し琴浦町の指示に従います。

琴 浦 町 長 様

年 月 日

住 所

事業者名 ⑩ 電話番号