

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																	
被保険者氏名	フリガナ		保険者番号		362053														
			被保険者番号																
生年月日	明治	年	月	日	購入日の介護度	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)													
住所	〒																		
福祉用具名 (種目名及び商品名)	販売事業者名 製造事業者名				購入金額				購入日										
	販売				円				平成・令和 年 月 日										
	事業者番号																		
	製造				円				平成・令和 年 月 日										
	事業者番号																		
	販売				円				平成・令和 年 月 日										
	事業者番号																		
	製造				円				平成・令和 年 月 日										
	事業者番号																		
	販売				円				平成・令和 年 月 日										
	事業者番号																		
	製造				円				平成・令和 年 月 日										
	事業者番号																		
福祉用具が 必要な理由 (居宅サービス計画を 添付の場合は不要)																			
ケアプラン事業所 名・担当ケアマネ ジャー氏名	* 担当ケアマネジャーがない場合は、福祉用具専門相談員(販売店)の氏名																		
吉野川市長 様 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。 令和 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号																			

※裏面の注意事項を確認のうえ記入してください。

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 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		預金種別		口座番号				
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金						
					2 当座預金						
	フリガナ										
口座名義人											