

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(償還払い用)

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		3	3	6	6	6	9
	被保険者番号							
	個人番号							
生年月日	年	月	日	性別	男・女	負担割合	1割・2割・3割	
要介護度	支・介( )	有効期間	年		月	日	～	年 月 日
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	令和	年	月	日	
			円	令和	年	月	日	
			円	令和	年	月	日	
支給内訳	福祉用具対象購入費	介護保険給付費	自己負担額		支給決定額			
	円	円	円		円			
添付書類	<input type="checkbox"/> 理由書	<input type="checkbox"/> カタログ等	<input type="checkbox"/> 請求明細書	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 請求書			
美咲町長 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。  年 月 日 申請者 (被保険者) 住 所 .....  氏 名 .....  電話番号 ( ..... ) .....								

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。

口座振替 依頼欄	銀行 農協 信用金庫	本店 支店 出張所	種目	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				
			3 その他				
	フリガナ 口座名義人						