

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

（ 年 月分）

フリガナ				
被保険者氏名			保険者番号	0 6 3 8 2 6
			被保険者番号	
生年月日	大・昭 年 月 日	性別	男・女	
住所	〒 ー 川西町大字		電話番号	ー
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	
		円	年 月 日	
		円	年 月 日	
		円	年 月 日	
福祉用具が 必要な理由				
川西町長 原 田 俊 二 殿 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 住所 〒 _____ 電話番号 _____ 氏名 _____ 本人との関係 _____				

（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下さい。
 ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具毎に記載して下さい。
 欄内に記載が困難な場合は、裏面に記入して下さい。

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下さい。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店 出張所	種 目	口座番号
	金融コード	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				

※町 確認 欄	介 護 度	□ 要支援		□ 要介護	
	認 定期 間	年 月 日～		年 月 日	
	保険料納付状況	未納（有・無）		滞納（有・無）	
	利 用 状 況	有・無	支給済額		円
	備 考				