

介護保険特定福祉用具(特定介護予防福祉用具)購入費支給申請書

| | | | | | | | | | | |
|--|--------|--------------------|---|---|------|-------|-------|--|--|--|
| フリガナ 被保険者氏名 | 保険者番号 | | | | | | | | | |
| | 被保険者番号 | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男 ・ 女 | | | | |
| 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>一関地区広域行政組合管理者 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて特定福祉用具(特定介護予防福祉用具)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 氏名 印</p> <p>電話番号 ()</p> | | | | | | | | | | |

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。

特定福祉用具(特定介護予防福祉用具)購入費を下記の口座に振り込んでください。

| | | | | | | | | | | |
|---------------|----------------|--|----------------|-------|------|------|--|--|--|--|
| 口座振込 依頼欄 | 銀行 金庫 農協 | | 本店 支店 支所 | | 種目 | 口座番号 | | | | |
| | 金融機関コード | | 店舗コード | | 1 普通 | | | | | |
| | | | | | 2 当座 | | | | | |
| | | | | 3 その他 | | | | | | |
| フリガナ 口座名義人 | | | | | | | | | | |