

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払用）

フリガナ				保険者番号									
被保険者氏名				被保険者番号									
				個人番号									
生年月日	年 月 日			要介護度等									
認定有効期間	～												
住所	電話番号												
福祉用具名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売 事業者指定番号	製造事業者名及び 販売事業者名		購入金額	購入日								
(TAISコード)				円	年 月 日								
(TAISコード)				円	年 月 日								
(TAISコード)				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>前のお通り、関係書類を添えて居宅介護（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>〒</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>電話番号</p> <p>印</p>													

注意 ・この申請書に領収証、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、個々の福祉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。
 給付費を以下の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協 ()	本店 支店 ()	種目	口座番号										
	金融機関コード	店舗コード	1 普通 2 当座預金 3 その他 ()											
	ゆうちょ銀行	記号	番号											
	フリガナ													
	口座名義人													