

# 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						保険者番号	0 4 3 2 3 2							
被保険者氏名						被保険者番号	0	7	0	0				
生年月日	大・昭 年 月 日生					性別	男・女							
個人番号														
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														
柴田町長 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 氏名														
電話番号														

- (注) 1 領収証、福祉用具のパンフレット、ケアプラン又は特定福祉用具販売計画を添付してください。  
 2 「福祉用具が必要な理由」の欄については、個々の用具ごとに記載してください。  
 3 支給対象となるのは、対象種目であり、指定特定福祉用具販売店で購入されたものに限りま。

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。(原則：被保険者名義)

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農 協			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										

柴田町記入欄	今回購入金額計	¥			要介護認定区分	要介護 ( ) 要支援 ( )
	今回自己負担額	¥			要介護認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	年度内既支給額	¥				
	今回支給決定額	¥			決定年月日	令和 年 月 日

受付印	
-----	--