

(受付印)

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ												被保険者番号							
被保険者氏名												個人番号							
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日												販売事業者番号			
住所	〒											徳島県				電話番号			
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					購入日					購入金額								
						令和 年 月 日					円								
						令和 年 月 日					円								
						令和 年 月 日					円								
福祉用具が 必要な理由	※記入者 事業所 () 氏名 ()											合計金額				円			
												一部負担金				円			
												給付金額				円			
みよし広域連合長 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。																			
令和 年 月 日																			
住所																			
申請者																			
氏名																			
電話番号																			
-																			
-																			
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。																			
口座振込	銀行			本店			種目	1. 普通預金											
	信用金庫			支店				2. 当座預金											
農協			支所			3. その他													
金融機関コード			店舗コード			口座番号													
依頼欄	フリガナ																		
	口座名義人																		

- 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。
 - 必ず特定（介護予防）福祉用具販売の事業者番号をご記入ください。
 - 給付金の受け取りが本人と異なる場合は委任状が必要となります。