

介護保険 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書及び請求書

被 保 険 者	保険者 番号	3	3	6	0	6	5		被保険者番号									
	フリガナ									生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日							
	氏名									性別	男・女							
	住所	〒																
電話番号 () -																		

福祉用具種目名 商品名	製造事業者 販売事業者	購入金額	購入日
			令和 年 月 日
		円	
			令和 年 月 日
		円	
			令和 年 月 日
		円	
			令和 年 月 日
		円	
合計金額		円	

※この申請書に領収書、福祉用具のパンフレット及び福祉用具購入に関する理由書を添付してください。

鏡 野 町 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	
(代理)申請者	
住所	電話番号 () -
氏名	(被保険者との続柄:)

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。 ※被保険者本人の口座を記入のこと

振 替 依 頼 口 座	金融機関名		店舗名		種目	口座番号						
	銀 行		本店		普通 当座 その他							
	信用金庫		支店									
	農 協		支所									
	金融機関コード			店舗コード								
	フリガナ											
	口座名義人											

【鏡野町処理欄】

次のとおり、支給決定してよろしいか。 令和 年 月 日

今年度の給付の有無	☐ 無 ☐ 有(給付額: 円)
負担割合	☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割
要介護認定	☐ 支援 ☐ 介護
支給決定額	円

決 済 伺	課長	課長補佐	係