

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		0	1	5	7	8	4
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住所	〒 -			電話番号 ()					
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び販売事業者名 (事業所指定番号)	購入金額	購入日						
①		円	令和 年 月 日						
②		円	令和 年 月 日						
③		円	令和 年 月 日						
福祉用具が 必要な理由 (個々の用具 ごとに記入)									
白老町長様 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 住所 申請者 氏名 ☑ 電話番号 ()									

(注意)

1. 申請に必要な書類

- ① 支給申請書（販売事業者の事業所番号を記載してください。）
- ② 領収書原本
- ③ 当該福祉用具のカタログ等を添付してください。

捺印

介護保険居宅介護（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。

口座振込依頼欄	銀行	本店	口座種別	1 普通 2 当座 3 その他
	信用金庫	支店		
	信用組合	出張所	口座番号	
	金融機関コード	店舗コード		
	フリガナ			
	口座名義人			

※ 保険者確認欄

要介護認定度	要支援 ・ 要介護
保険料未納の有無	有 ・ 無

※ 保険者確認欄

支 給 額 計 算			確 認 者
支 払 額	自己負担額 (10・20・30%)	支給額 (90・80・70%)	
円	※ 円	円	

(※円未満切り上げ)

／ 台帳記入済