

介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名					保険者番号						4	6	5	3	2	8
					被保険者番号	5	3	2	0	0						
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男 ・ 女										
住所	〒															
電話番号																
福祉用具名 (種目及び商品名)				製造事業所名及び 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																
事業所名								居宅介護支援専門員								
伊仙町長殿																
上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)福祉用具購入費の支給を申請します。 居宅介護(支援)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。 年 月 日																
住所																
申請者 (被保険者) 氏名																
印 電話番号																

生活保護を受給されている方

◇ 委任状	
私へ支給される居宅介護(支援)福祉用具購入費に係る保険給付については、生活保護法第63条に基づく 返還金として、伊仙町長が徳之島福祉事務所へ納入することを委任します。	
住所	
委任者 (被保険者) 氏名	印

注意 ・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパ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、裏面に記入してください。

口座振込 依頼欄	農協 銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所 支所	種目	口座番号				
	金融機関コード		支店コード	1普通預金				
				2当座預金				
				3その他				
フリガナ 口座名義人								