

介護保険福祉用具購入費支給申請書

フリガナ	-----			保険者番号		013318
被保険者氏名				被保険者番号		
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		平成 年 月 日	
			円		平成 年 月 日	
			円		平成 年 月 日	
福祉用具が 必要な理由						
申請額	購入費用総額		自己負担額		差引支給申請額	
	円		円		円	
<p>松前町長様</p> <p>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。 また、この申請に基づく居宅介護（支援）福祉用具購入費の請求及び受領に関する権限を 下記の者に委任します。 平成 年 月 日 〒 住所 松前町字 申請者 電話番号 (兼受領委任者) 氏名 印</p>						
受取人の 住居 事業者名 代表者氏名	〒			事業所番号		
	住所 事業者名		電話番号			
	代表者氏名		印			
	金融機関名	預金種目	口座番号	口座名義人		
	支店	普通 当座 その他				
<p>注意・この申請書の裏面に、納品書及び福祉用具のパフレット等を添付して下さい。 ・「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下さい。欄内に記載が 困難な場合は、裏面に記載して下さい。</p>						