

滝沢市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

年 月 日

滝沢市長様

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者 住所

氏名

印

電話番号

フリガナ		保険者番号	032169
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	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	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
購入申請額合計	円	支給額	円
福祉用具が 必要な理由			

- 注意 ・この申請書に、領収証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、別紙に記載のうえ添付してください。  
 ・介護保険証を御持参ください。

上記の居宅介護（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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農協	本店(所) 支店(所) 出張所	種目	口座番号					
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他						
	フリガナ								
	口座名義人								
受領委任	上記、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領の権限を に委任します。 申請者氏名 印								