

介護保険 福祉用具購入費償還（支給）申請書及び請求書

ふりがな			保険者番号	2 9 2 0 8 6	
被保険者氏名			被保険者番号	0 0 0 0	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女		
住所	〒 電話番号				
要介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				
認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
福祉用具種目 (品名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日		
		円	令和 年 月 日		
		円	令和 年 月 日		
		円	令和 年 月 日		
合計金額	円				
福祉用具が必要な理由					
御所市長 様 上記のとおり関係書類を添えて、福祉用具購入費の償還（支給）を申請します。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 印					

注意 ・この申請書には、①領収書、②福祉用具のパフレット、③福祉用具個別援助計画書(写し)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、裏面に記載してください。

※ 振込みの口座名義人が本人以外の場合は、下記にご記入ください。

私は _____ 様の口座に福祉用具購入費の振込を指定致します。
 口座名義人との関係 () 令和 年 月 日
 氏名 印

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 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 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	
	ふりがな			
	口座名義人			