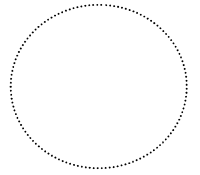


介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書



フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	203869		
		被保険者番号	0	0	7
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女		
認定介護度		認定有効期間	. . ~ . .		
住所	〒399-380 上伊那郡中川村		(行政区:) 番地 電話番号 88-		
特定福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購 入 日		
①	(製造業者名) ----- (販売業者名)	円	令和	年	月 日
②	(製造業者名) ----- (販売業者名)	円	令和	年	月 日
③	(製造業者名) ----- (販売業者名)	円	令和	年	月 日
特定福祉用具 が必要な理由					
介護支援専門 員 確 認 欄	居宅介護支援事業所名				
	介護支援専門員氏名	㊟			
<p>中川村長様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>令和 年 月 日 住所 上伊那郡中川村 番地</p> <p>(申請者) 氏名 ㊟</p>					

※「特定福祉用具が必要な理由」欄には、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、裏面または別紙に記載してください。

【添付書類】

- 特定福祉用具の購入に係る「領収書」(県事業者番号...20.....)
- 特定福祉用具の「パンフレット」

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ください。

口座振込 依頼欄	金融機関名(○をつけてください)	口座種目	口 座 番 号		
	八十二銀行 支店	1 普通預金			
	アルプス中央信用金庫 支店	2 当座預金			
	上伊那農協 支所	3 その他			
	銀行・農協・信金 支店・支所	フリガナ 口座名義人			
委任状	支給される費用の額を受領については、口座名義人に委任します。				
	(申請者) 氏 名				㊟