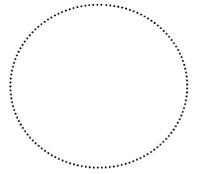


介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書



| | | | | | |
|---|--|--------|-----------|---|-----|
| 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 (行政区:) 上伊那郡中川村 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 (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 ㊟ | | | | |