

居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払い）

フリガナ		保険者番号		4	0	2	3	1	3
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	介護度			
住 所	〒 電話番号								

福祉用具種目 (福祉用具品目及び商品名)	製造業者名及び 販売事業者名	購入予定金額	購 入 予 定 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日

専門相談員等 意見欄	※特定福祉用具の提供が必要な理由
専門相談員等氏名	
資格等	

(あて先) 那珂川市長

上記のとおり、関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請し、当該申請に基づく福祉用具購入費の支給申請に関する権限を下記の者に委任します。なお、記載内容に変更が生じた場合は、この申請書を取下げ、新たに申請を行うことを誓約します。

年 月 日

住所

申請者

被保険者氏名

電話番号

※本人もしくは家族等の自筆であること。

なお、居宅介護（予防）福祉用具購入費は下記の口座に振り込んでください。

振 込 先 口 座	銀行 農協	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	
			3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

年 月 日

住所

委任を  
受けた者

事業所名

代表者氏名

電話番号

居宅介護支援事業所等 確認欄	支 援 事 業 者 等 名 称	ケアマネジャー等氏名 (自筆)
	事業者の紹介	ガイドブック等により、販売事業者を ( ) 社紹介した。

