

介護保険 { 居宅介護 } 福祉用具購入費支給申請（請求）書
 介護予防

公費負担決定額（振込額）	※	円
--------------	---	---

南伊豆町長 様

次のとおり申請します。

申請・請求日	年 月 日
--------	-------

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号						
	フリガナ						
	被 保 険 者 氏 名	生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日	
	住 所	性 別	男 ・ 女				
住 所		〒					電 話 番 号
福祉用具を必要とする理由							
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			
			円	年 月 日			
			円	年 月 日			
			円	年 月 日			
購入金額計	円	自 己 負 担	※	円	差 引 公 費 負 担	※	
				円			

請 求 者	氏 名	〒	被 保 険 者 と の 関 係	印
	住 所	電話番号		

振 込 口 座	金 融 機 関 名	金 融 機 関 コード	口 座 番 号		
	支 店 名	支 店 コード			
	フリガナ		口座種別		1 普通預金
	口座名義人				2 当座預金
				3 その他	

- (注)
- 1 この申請書に領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。
 - 2 「福祉用具を必要とする理由」については、個々の福祉用具ごとに記載してください。記入欄内への記載が困難な場合は、裏面に記載してください。
 - 3 ※印の欄については記入しないで下さい。