

**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			保険者番号		3	5	3	0	5	2
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日生						
性別	男・女		個人番号							
要介護状態区分等	要介護 1・2・3・4・5		〔 年 月 日 ~ 年 月 日 〕							
	要支援 1・2									
住所	〒									
	電話番号 ( )									
特定(介護予防)福祉用具販売事業所名	電話番号			事業所番号						
	( ) -									
福祉用具名	製造事業者名	購入金額	購入日							
種目名	商品名		年 月 日							
		円	年 月 日							
		円	年 月 日							
購入金額合計	円	支給申請額	円							
福祉用具が必要な理由										
<p align="center">周防大島町長 様</p> <p align="center">上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p align="center">年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号 ( ) -</p> <p>氏名</p>										

注意 ・この申請書の他、領収書及びパンフレット(ともにコピー可)等を添えて提出して下さい。  
 ・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、別の紙に記載して下さい。

◎被保険者本人以外の方の名義の口座に振込みを希望される場合は、下記に必要事項を記入して下さい。

委任欄	私は、福祉用具購入費の受領を下記の者に委任します。 被保険者氏名
受任者住所・氏名	住所 氏名

支払方法 (希望する支払方法に  を入れ、必要事項を記入して下さい。)

<input type="checkbox"/> 口座振込	銀行	本店・本所	種目	口座番号						
	農協	支店・支所		1 普通 2 当座 3 その他						
	漁協	出張所								
	金融機関コード	店舗コード								
	フリガナ	口座名義人								
<input type="checkbox"/> 窓口払	久賀・大島・東和・橘 総合支所受取									