介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書

被保険者	被保険者番号											保険者番号	0	3	4	6	1	1
	フリガナ											生年月日	明・大・昭　　年　月　日					
	氏名											性別	男　・　女					
	住所	〒 大槌町																

福祉用具名（種目名及び商品名）	販売事業者名（指定事業者番号）	購入額	購入日
	（　　）	円	平成　年　月　日
	（　　）	円	平成　年　月　日
	（　　）	円	平成　年　月　日

福祉用具が必要な理由		要介護度

大槌町長　様

上記のとおり関係書類を添えて、居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。

平成　　年　　月　　日　　〔添付書類：領収書　福祉用具のカタログ等〕

申請者（被保険者）

住　　所　大槌町

氏　　名　　印　　電話番号

＜委任状＞私は、居宅介護（支援）福祉用具購入費の受領に関する権限を下記の代理人に委任します。

平成　　年　　月　　日

申請者（被保険者）氏　　名　　印

代理人　住　　所　大槌町

氏　　名　　申請者との続柄

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。

金融機関名	銀行 信用金庫 労働金庫 農業協同組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号
金融機関コード			1普通 2当座 3その他	
フリガナ				
口座名義				

町記載欄

決定年月日	平成　　年　　月　　日	備考
対象金額	円	
支給金額	円	