

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費申請書

フリカナ			保険者番号			2	9	3	6	2	1
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0	0	0			
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		性別	男・女							
住所	〒 電話番号										
福祉用具名 (品目名及び商品名)	製造時業者及び 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						
福祉用具が 必要な理由											
福祉用具購入先の事業所番号											
三宅町長 様 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。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号											

注意 ・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。
 ・「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ください。

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座へ振り込んでください。
 ※本人名義以外の口座ご振入を希望する場合は別途委任状が必要です。

口座振替 依頼欄	金融機関名		店名		預金種目	口座番号					
	銀行・信用金庫 農協・信用組合		本店 支店 出張所								
	金融機関コード		店舗コード		1. 普通預金						
					2. 当座預金						
	フリカナ 口座名義人										

委 任 状

年 月 日

私は、下記の者に介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領を委任します。

記

委任者 (被保険者)	氏名	
	住所	
受任者	氏名	
	住所	

※ 本人名義以外の口座に振込を希望する場合は、この委任状が必要です。