

## 介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書兼請求書

		保険者番号	1 4 3 6 3 6					
フリガナ		被保険者番号						
被保険者氏名		個人番号						
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女					
住 所	〒 _____ 電話番号 _____ ( ) _____							
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					
購入金額合計		円						
※ 福祉用具購入の請求額は、購入金額の合計又は支給限度基準額 10 万円のいずれか低い額に負担割合に応じて、90/100・80/100 又は 70/100 を乗じた額とする。		請求額	円					
福祉用具が 必要な理由	介護支援専門員氏名 ( ) _____							
<p>松田町長 様</p> <p style="text-align: center;">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及び請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 (請求者) 氏名</p> <p style="text-align: right;">☎ 電話番号 _____ ( ) _____</p>								

※ ・この申請書の裏面に領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。  
 ・「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ください。欄内に記載が困難な場合は、裏面等に記載して下さい。

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 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	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						