

様式第40号（第44条、第62条関係）

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							
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	年 月 日生	性別	男・女	要介護度					
住所	〒								電話番号
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名 販売事業者名 販売事業者番号	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									
上三川町長 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 (被保険者) 氏名 電話番号 印									
居宅介護（介護予防） 支援事業所記入欄	事業所名		担当者 氏名						

注意 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下さい。欄内に記載が困難な場合は、別紙に記載して下さい。

居宅介護（介護予防）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 農協	本店 支店 出張所 支所	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			

保険者記入欄

確認日	年 月 日	支給決定額	円
歩行：	洗身：	移動：	座位保持：
立位：	排泄：	移乗：	麻痺：