

介護保険福祉用具購入費支給申請書(償還払い用)

フリガナ		保険者番号	302067
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	大・昭・平 年 月 日生	性別	男・女
住所	〒 電話番号		
福祉用具の種目	1 腰掛便座 2 自動排泄処理装置の交換可能部品 3 排泄予測支援機器 4 入浴補助具 ① 入浴用椅子 ② 浴槽用手すり ③ 浴槽内椅子 ④ 入浴台 ⑤ 浴室内すのこ ⑥ 浴槽内すのこ ⑦ 入浴用介助ベルト 5 簡易浴槽 6 移動用リフトのつり具 7 スロープ 8 歩行器 9 歩行補助つえ		
商品名		購入年月日	年 月 日
製造者名		購入費	
うち介護保険福祉用具購入費支給申請額		※市確認欄	
福祉用具が必要な理由(※1)			
介護支援専門員氏名(※1を記載した方の氏名)			
介護支援専門員所属事業所名			
田辺市長 宛			
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。			
令和 年 月 日			
住所			
申請者			
氏名			
電話番号			

注意 ・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパ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。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

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。

銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店	種目	口座番号
	支店		
金融機関コード	支所	1 普通預金	
	出張所	2 当座預金	
店舗コード		3 その他	
フリガナ			
口座名義人			

※この申請により取得した個人情報は、個人情報保護に関する法律に基づき、適切に取り扱います。