

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		0	9	3	6	1	7
被保険者氏名	印	被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	大・昭 年 月 日生	性別							
住所	〒								
	電話番号								
購入種目	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分 <input type="checkbox"/> 固定用スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ								
販売事業者指定番号			販売事業者名						
福祉用具名	製造事業者名	購入金額	購入日						
		円	令和 年 月 日						
		円	令和 年 月 日						
		円	令和 年 月 日						
福祉用具が必要な理由	居宅介護支援専門員氏名								

壬生町長 様

令和 年 月 日

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受領委任払いにて申請します。
 なお、当該申請に基づく請求及び受領に関する権限を下欄の受領人に委任します。

受領委任払請求書				令和 年 月 日
受領人	所在地	〒		
	名称及び代表者氏名	電話番号		
印				
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。				
銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所	金融機関コード	普通預金 当座預金 その他	口座番号
フリガナ		店舗コード		
□座名義人				

注意・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下さい。