

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 2 4 0 2 6					
被保険者氏名					被保険者番号							
					個人番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生				性別		男 ・ 女					
住 所	〒 ー 電話番号 ー ー											
福祉用具名 （種目名及び商品名）			製造事業者名及び 販売事業者名			購入金額		購入日				
						円		令和 年 月 日				
						円		令和 年 月 日				
						円		令和 年 月 日				
						円		令和 年 月 日				
合 計						円						
福祉用具が必要な理由 （福祉用具ごとに記入）												
口座振替 依 頼 欄	銀行 信用組合 信用金庫 農協				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				
								2 当 座				
								3 その他				
	フリガナ											
口座名義人												
七戸町長 殿												
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。												
令和 年 月 日												
住所 _____												
申請者 _____ 電話番号 _____												
（被保険者本人）氏名 ー ー												

注意 ・ 「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。
・ 振込先の口座名義人が被保険者本人以外の場合は、委任状の提出が必要となります。
・ 福祉用具サービス計画書（基本情報/利用計画）、居宅サービス計画（１）・（２）、
カタログ、振込先通帳写し、設置前後の日付入写真、領収書、支給請求書を添付してください。

※ 町記入欄

区 分	保険料納付状況	領収書 確認欄	証明書類 確認欄	介護区分	備 考
1 一般	未納保険料 有 ・ 無			支援 介護 () ()	負担割合 割 給付実績 有 ・ 無
2 支払い方法の変更	滞納保険料 有 ・ 無				
3 給付額減額					