

※役場記入欄

課長	課長補佐	係長	係

決定	年度内支給履歴	種類
決定・却下	有・無	介護・
¥	決定済購入費	予防
令 年 月 日		



介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書				福
フリガナ				保険者番号
被保険者氏名				被保険者番号
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女	
介護度	要支援(1・2)		要介護(1・2・3・4・5)	
	有効期間 ( 年 月 日) ~ ( 年 月 日)			
住所	〒 土佐町			電話番号
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 販売事業者名	購入金額・購入日	必要な理由	
<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"/> 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部分		円		
<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"/> 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部分		円		
<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"/> 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部分		円		
土佐町長 様 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 土佐町 申請者 氏名 電話番号				

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。

添付書類  領収書  購入した福祉用具がわかるパンフレットの写し等  委任状もしくは請求書  
 居宅介護(支援)福祉用具購入費を下記口座に振り込んでください。

郵便局以外	銀行	本店・本所	種目	口座番号
	農協	支店	1.普通	
		支所	2.当座	
			3.その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

郵便局	記号	番号
	フリガナ	
	口座名義人	