

様式第10号(第21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

中新川広域行政事務組合 管理者 様

次のとおり申請します。

なお、支給決定後の支給額は次の口座へ振り込んでください。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名	㊟	被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号 ()		

被 保 険 者	被保険者番号		要介護度等	要支援() 要介護()
	個人番号			
	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日
	住所	〒 電話番号 ()		

特定福祉用具

種目・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	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日

特定福祉用具が
必要な理由

振 込 口 座	金融機関		店名	1 本店 2 () 支店)
	預金種別	1 普通 2 当座	(フリガナ) 口座名義人	
	口座番号		口座名義人 住所	

添付書類

- 1 当該特定福祉用具購入に係る領収証
- 2 当該特定福祉用具の概要を記載した書面(カタログ等)
- 3 当該居宅サービス計画書

※保険者記入欄

支給決定額	口座入力	申請入力	備考
円	/	/	