

介護保険居宅介護（予防介護）福祉用具購入費支給申請書（償還払）

フリガナ			保険者番号	4 0 6 2 5 6					
被保険者氏名			被保険者番号						
生年月日	大・昭	年	月	日生	性別	男・女			
住所	〒								
	電話番号								
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	TAISコード					
		円							
		円							
		円							
福祉用具が必要な理由 (ケアマネジャー署名・捺印)	(居宅サービス計画の届出 有・無)								

みやこ町長 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。

年 月 日

申請者 住所 _____
 名称 _____
 電話番号 _____

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下さい。

受取人 口座振込 依頼欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合 労	支店 支所	種目	口座番号					
	金融機関コード	店舗コード	1 普通 2 当座						
	口座名義カナ								

みやこ町 記入欄

前回までの購入金額	今回の購入金額	今回までの通算金額
円	円	円
介護保険料納付状況	滞納保険料	有・無

※添付書類 □の中にチェックをいれて下さい。

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 見積書 | <input type="checkbox"/> 4 納品が確認できる写真 |
| <input type="checkbox"/> 2 パンフレット | <input type="checkbox"/> 5 領収書の写し |
| (TAISコード記載時は省略可) | <input type="checkbox"/> 6 請求書 |

※添付書類は番号順にそろえてください。

福祉用具購入受付番号

--