

第12号様式(第15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

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号			
	被保険者番号			
	個人番号			
生年月日	年 月 日生		性別	男 ・ 女
住所	〒 電話番号 ()			
要介護状態区分	要支援1 ・ 要支援2 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5			
認定の有効期間	年 月 日から		年 月 日まで	
指定(介護予防)特定 福祉用具販売事業所名			※事業所番号	
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	購入金額	購入日	
		円	年 月 日	
		円	年 月 日	
		円	年 月 日	
購入金額合計		円		
福祉用具が 必要な理由				
箱根町長 様 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。 年 月 日 申請者 住所 氏名 印 電話番号 ()				

注意・この申請書の裏面に、領収証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。

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ください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所 支所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			