

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		保 険 者 番 号								
被保険者氏名		被 保 険 者 番 号								
		個 人 番 号								
生 年 月 日	年		月		日					
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 電話番号 () 氏名										

注意・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパ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									