

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		要介護度等												
認定有効期間															
住所	〒 電話番号(- -)														
種 目	1 腰掛便座 2 自動排泄処理装置の交換可能部品 3 排泄予測支援機器 4 入浴補助具 5 簡易浴槽 6 移動用リフトのつり具の部分 7 スロープ 8 歩行器 9 歩行補助つえ														
特定福祉用具名			製造事業者名			購入金額			購入日						
①						円			年 月 日						
②						円			年 月 日						
③						円			年 月 日						
福祉用具が必要な理由	①の理由														
	②の理由														
	③の理由														
東三河広域連合長 様 前のとおり、関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 〒 所在地 申請者 事業所番号 (受領委任事業所) 事業所名 電話番号 代表者氏名															
上の事業所に居宅介護(予防)福祉用具購入費の請求及び受領を委任します。 被保険者氏名															

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を以下の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行・信金 農協・漁協 信組	本店 支店 出張所	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								

事務 処理欄	負担割合	給付実績	支給決定額
	割	有（ 円）・無 円	