

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	2 4 3 4 1 0
被保険者名		個 人 番 号	
		被 保 険 者 番 号	3 4 1 0 0
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生	性 別	男 ・ 女
住 所	〒		
	電話番号 ー		
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購 入 金 額	購 入 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
福祉用具が必要な理由			
菰野町長 宛て 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  住 所 申請者 氏 名 印 電話番号 ー			

※この申請書には次の書類を添付してください。

31.4

・見積書、福祉用具の仕様書及びカタログ等

◎福祉用具が必要な理由については、個々の用具ごとにその理由を記載してください。

**町確認欄** 本申請は介護保険法第 44 条、56 条及び関係規則の規定する要件に該当いたしますので、本申請者に対して当福祉用具購入費を支給することと決定してよろしいかお伺いします。

決裁	課長	課長補佐	係長・副主幹	主査・係