

様式第18号(第17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(本人申請用)

フリガナ			保険者番号	2	2	3	4	4	6
被保険者氏名			被保険者番号						
生年月日	年	月	日	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									
保険対象費用額①			円	円					
被保険者負担額②(①×0.1) ※1円未満切り上げ			円	円					
保険支給額(①-②)			円	円					
購入日	年	月	日	年	月	日			
福祉用具が 必要な理由									
小山町長様 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 住所 申請者 氏名 印 電話番号() -									

注意・この申請書に、領収書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。

受取人の 住所 事業者名 代表者名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	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			

※小山町記入欄

保険対象額	本人負担額	支給決定額	備考