

様式第 31 号(第 19 条)

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<br>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   | 明・大・昭・平 年 月 日      |      | 性別  | 男・女 |   |   |
| 住所   | 〒<br>電話番号          |      |     |     |   |   |
| 福祉用具名<br>(種目名及び商品名)  | 製造事業者名及び<br>販売事業者名 | 購入金額 | 購入日 |     |   |   |
|  |                    | 円    | 令和  | 年   | 月 | 日 |
|  |                    | 円    | 令和  | 年   | 月 | 日 |
|  |                    | 円    | 令和  | 年   | 月 | 日 |
| 福祉用具が<br>必要な理由   |                    |      |     |     |   |   |
| 奥尻町長 様<br>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。<br>令和 年 月 日<br>住所<br>申請者 氏名 電話番号<br>氏名 ⑩ |                    |      |     |     |   |   |

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下さい。  
 ・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

居宅介護（支援）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

|             |                    |                 |        |      |  |  |  |
|-------------|--------------------|-----------------|--------|------|--|--|--|
| 口座振替<br>依頼欄 | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合 | 本店<br>支店<br>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           |        |      |  |  |  |