別記様式 32-1

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払い用）

フリガナ 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　　年　　月　　日		
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	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	

大曲仙北広域市町村圏組合管理者　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　　（本人との続柄：　　）

注意・この申請書に、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（介護予防）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 込 依 頼 欄	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所・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			

※ゆうちょ銀行を振込口座に指定する場合は、通帳のカナ氏名、支店番号、口座番号掲載ページの写しを添付して下さい。

＊ 介護保険事務所記入欄

申請番号	書類記載	領収書	写　真 パンフ等	介護区分	給付品目	限度額内	審査結果	その他	支　給 不支給