

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		3	0	4	2	8	7
被保険者氏名			被保険者番号							
			個人番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	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		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										
<p>串本町長 様</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 Ⓜ 電話番号</p>										

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(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 信用組合 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									