

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 被保険者 氏 名	-----		保険者番号								
			被保険者 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)		事業所番号 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>当別町長 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>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名 印</p>											

注意・ この申請書に、領収証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、別紙に記載してください。
 ※理由欄の記載は、居宅サービス（介護予防サービス）計画の写しの添付に代えることができます。

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。

口座振込 依頼欄	金融機関名	店舗(本・支店)	種 目		口座番号						
			1 普通預金								
			2 当座預金								
			3 ()								
フリガナ			金融機関 コード				店舗 コード				
口 座 名義人											