

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

被 保 険 者	フリガナ		保 険 者 番 号									
	氏 名		被保険者番号									
			個人番号									
	生年月日	年 月 日生				性 別						
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</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。

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												