

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保険者番号				
被保険者名 氏名			被保険者番号				
			個人番号				
生年月日	明治・大正・昭和	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>枝幸町長様</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>申請者 住所 電話番号 氏名</p>							

- (注意) ・この申請書の裏面に、領収書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、裏面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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 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			