

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		0	6	4	6	1	8
被保険者氏名			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)	製造事業者及び 販売事業者名			購入金額	購入日					
				円	年	月	日			
				円	年	月	日			
					年	月	日			
福祉用具が 必要な理由										
<p style="text-align: center;">遊佐町長 様</p> <p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">住 所</p> <p>申請者 氏 名 印 電話番号</p>										

注意：この申請書に、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	銀行 農協 信用金庫	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							
依 頼 欄										
	フリガナ									
	口座名義人									