

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		要介護度		保険者番号	2	0	5	8	3	1
被保険者氏名		被保険者番号								
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別	男 ・ 女				
住所	〒 信濃町大字									
	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			
	事業所番号									
				円			年 月 日			
	事業所番号									
				円			年 月 日			
	事業所番号									
福祉用具が 必要な理由										
<p>信濃町長様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)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>住所</p> <p>申請者</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">氏名 (印)</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。

口座振込 依頼欄		銀行 信金 農協	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				