

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		4	6	2	1	4	3
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	大・昭・平	年	月	日	性別				
住所	〒 電話番号								
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業所名及び 販売事業所名	販売金額	購入日						
			年 月 日						
			年 月 日						
			年 月 日						
			年 月 日						
			年 月 日						
			年 月 日						
福祉用具が 必要な理由									
垂水市長 様									
上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。									
年 月 日									
住所									
申請者 電話番号									
氏名									

注意

- ・領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付の上、提出してください。
- ・「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下さい。

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	支店コード	1 普通預金	
			2 当座預金	
			3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			