

## 介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			性別	男・女	保険者番号	0	8	5	4	6	4
被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号						
住所	〒										
福祉用具名 (種目及び商品名)	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			
					円			年 月 日			
福祉用具が必要な理由											
境町長 様 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。 年 月 日 住所 申請者 氏名 <span style="float: right;">Ⓜ 電話番号</span>											

注意 ・ この申請書に、領収書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(支援)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 農協	本店 支店 出張所 支所	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										