

介護保険居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費支給申請書

		個人番号										
フリガナ 被保険者氏名			保険者番号									
			被保険者番号									
生年月日	年 月 日生											
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>大村市長様</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>住所</p> <p>申請者 氏名 印 電話番号</p>												

(注意) ・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付して下さい。  
 ・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

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。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 労働金庫	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								
フリガナ 口座名義人											