

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

年 月 分

フリガナ 被保険者氏名	保 険 者 番 号	
	被 保 険 者 番 号	
	個 人 番 号	
生 年 月 日	年 月 日		性 別 男 ・ 女
住 所	〒 電話番号		
福 祉 用 具 名 (種目及び商品名)	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			
東申良町長 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 申請者住所 申請者氏名 (印)			

注意：この申請書の裏面に、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（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 依 頼 欄	銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 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			