

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			保険者番号							
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	大・昭・平 年 月 日生		性別	男 ・ 女						
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				
						令和 年 月 日				
						令和 年 月 日				
						令和 年 月 日				
福祉用具が 必要な理由										
外ヶ浜町長 様										
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。										
令和 年 月 日										
住所										
申請者 電話番号										
氏名 印										

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ください。欄内に記載が困難な場合は、別紙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。

口座振込 依頼欄	銀行 農協 信用組合		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									