

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 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	性別	男・女				
住所	〒							電話番号	
福祉用具名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売事業者 名及び販売事業者番号			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									
(あて先) 高 浜 市 長 上記のとおり関係種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。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 印									

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。

口座振込 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	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	-----							