

介護保険居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名		保 险 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						
(宛先) 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）特定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						

注意・この申請書の裏面に、領収証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 込 依 賴 欄	銀 行	本 店 支 店 出 張 所	種 目	口 座 番 号
	信 用 金 庫		1 普 通 預 金	
	信 用 組 合		2 当 座 預 金	
	金 融 機 関 コ ー ド	3 そ の 他		
	フ リ ガ ナ			
口 座 名 義 人				
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。				