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

申請者　住所　　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			
	□　公金受取口座を利用します。			