

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		3	6	3	4	1	6
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男 ・ 女				
住所	〒		電話番号							
特定福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売業者名		購入金額		購入日					
			円		年 月 日					
			円		年 月 日					
			円		年 月 日					
特定福祉用具 が必要な理由	特定福祉用具販売事業所番号									
石井町長殿 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。 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、**領収書**及び**特定福祉用具のパフレット等**を添付してください。
 ・「特定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には、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 支所	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 貯蓄預金							
	フリガナ									
	口座名義人									