

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	204156						
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	大正 昭和	年	月	日	性別	男 ・ 女			
住所	〒395-110		喬木村		番地	電話番号			
福祉用具名、種目名 及び 商品名	製造事業者 及び 販売事業者名		購入金額			購入日			
			円			令和	年	月	日
			円			令和	年	月	日
			円			令和	年	月	日
福祉用具が 必要な理由									
喬木村長 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 喬木村 番地 申請者 電話番号 氏名									

※注意 振込先口座は郵便局以外の金融機関をご指定下さい。

口座振込 依頼欄	銀行		本店						
	信用金庫		支店						
	農業協同組合		出張所						
	口座種別	1 普通 2 当座 3 その他	口座番号						
フリガナ									
口座名義人									

注意 この申請書の裏面に、領収書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。
 費用の支給については、申請月の翌々月下旬以降になります。