

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		0 1 6 4 9 3					
	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						
福 祉 用 具 名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 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								
浦幌町長 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 申請者 電話番号 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下さい。

- ・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

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下さい。

口座振替 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							