

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	0	3	6	1	0		
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0	0				
生年月日	年 月 日生	性別								
住所	〒643-000 湯浅町大字					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			年 月 日					
		円			年 月 日					
		円			年 月 日					
福祉用具が必要な理由										
湯浅町長 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。 年 月 日 申請者 住所 湯浅町大字 氏名 電話番号										

注意 ・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
 ・「福祉用具の必要な理由」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 農協	本店 支	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									