

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

カガナ 被保険者氏名	保険者番号		2 7 3 0 1 1			
	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		年 月 日		
		円		年 月 日		
		円		年 月 日		
福祉用具が 必要な理由						
島本町長 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 住所 申請者 氏名 電話番号 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				
	カガナ 口座名義人						