

介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保険者番号			1	2	4	6	3	6
被保険者氏名			被保険者番号								
			個人番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		性別	男・女							
住所	〒 鋸南町 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											
鋸南町長様 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護(支援)福祉用具購入費の支給を申請します。 令和 年 月 日 住所 鋸南町 申請者 電話番号 氏名											

注意(1)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ください。

(2)「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(支援)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・農協 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													