介護保険居宅介護（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	３６３４２４
		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	〒　　－ 電話番号　　－　　－		

福祉用具名 （種目及び商品名）	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日
			平成　　年　　月　　日

福祉用具が 必要な理由	

神　山　町　長　　様

上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。

平成　　年　　月　　日

申請者　住所

氏名　　印

電話番号　　－　　－

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。

居宅介護（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 農　　協 信用金庫	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			