

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	1 2 4 4 1 2					
被保険者氏名			被保険者番号						
			個人番号						
生年月日	年	月	日	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									
<p>大多喜町長 様</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 電話番号</p> <p style="text-align: center;">Ⓜ</p>									

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 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								