

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		保険者番号		1	1	3	8	3	7
被保険者氏名		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	平成	年	月	日			
		円	平成	年	月	日			
		円	平成	年	月	日			
福祉用具が 必要な理由									
神川町長 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 住所 申請者 氏名 印 電話番号									

注意 ・領収証、福祉用具のパンフレット等及び証明書、居宅サービス計画書若しくは特定福祉用具販売計画書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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

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下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用組合 農協	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								