

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						
被保険者氏名			被保険者番号						
生年月日	明・大・昭	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									
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。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏 名									

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(支援)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								