

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

		個人番号											
フリガナ 被保険者氏名			保険者番号										
			被保険者番号										
生年月日	生		性別										
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							
						円							
						円							
福祉用具が 必要な理由													
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。													
令和 年 月 日													
申請者 住所													
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（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					種目	口座番号					
	金融機関コード		店舗コード								
	フリガナ 口座名義人										