

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		283655
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	
要介護状態	要支援() ・ 要介護()	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
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	購入金額	購入日	
	販売事業者名 販売事業者番号			
		円	年 月 日	
		円	年 月 日	
		円	年 月 日	
福祉用具が 必要な理由				
<p>多可町長 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>年 月 日</p> <p>住所 申請者 電話番号 氏名</p>				

- (注) 1 この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
 2 「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（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。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 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							

福祉用具購入品目、仕様の説明

購入者氏名

福祉用具のパンフレットのコピーを以下に貼り付けてください。